

Poliklinik der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des
Kindes- und Jugendalters der Psychiatrischen und Neurologischen
Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. Helmut Selbach
Leiter der Poliklinik für Kinder und Jugendliche:
Ass.-Prof. Horst Petri

SUIZIDALES VERHALTEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Matthias Lauterbach

aus Berlin

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548817_0095

Poliklinik der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des
Kindes- und Jugendalters der Psychiatrischen und Neurologischen
Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. Helmut Selbach

Leiter der Poliklinik für Kinder und Jugendliche:

Ass.-Prof. Horst Petri

SUIZIDALES VERHALTEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Matthias Lauterbach

aus Berlin

Titelblattrückseite

Referent: (Dr.-Vater) Prof.Dr.med. Helmut Selbach

Korreferent: Prof.Dr.med. G. Nissen



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 18.3.76

SUIZIDALES VERHALTEN BEI JUGENDLICHEN

Vorwort

Einleitung

Gegenstandsbestimmung

A EIGENE UNTERSUCHUNG

1. Methodik der Untersuchung

1.1 Fragestellungen, Hypothesen

1.2 Material

1.2.1 Vor- und Nachteile des benutzten Materials

1.2.2 Bewertungsmaßstäbe der Kategorien der Randlockkarte

1.2.3 Suizidgruppe

1.2.4 Erstellen einer Kontrollgruppe

1.3 Rechengvorgänge

2. Auswertung

2.1 Charakterisierung der Population

2.2 (1.-4.) Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der Gesamtpopulation der Poliklinik

2.3 Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der Kontrollgruppe

2.3.1 Familie

2.3.2 soziales Umfeld

2.3.3 Symptomatik

2.4 Interpretation

B THEORETISCHER TEIL

I SUIZIDBEGÜNSTIGENDE FAKTOREN

1. Familienstruktur: zum Problem des 'broken-home'

1.1 Aussagen der Literatur zum 'broken-home'

1.1.1 Definition: 'broken-home'

1.1.2 Häufigkeit von 'broken-home'-Situationen

a) Untersuchungen ohne Vergleichsgruppe

b) Untersuchungen mit Vergleichsgruppe

1.1.3 Bewertung der Aussagekraft der Untersuchungen

1.1.4 Zusammenfassung der Aussagen der Literatur

1.2 Versuch einer Neubestimmung

1.2.1 Familie und gesellschaftliches Umfeld

1.2.2 Kinderfeindlichkeit - Familie - Suizid

2. suizidbegünstigende Faktoren in der Beziehung des Suizidanten zu seinem sozialen Umfeld

2.1 Beziehung Suizidant - Umwelt

2.1.1 Interpersonelle Wahrnehmung

2.1.2 Identität und Selbstwerterleben

2.2 soziale Isolierung

2.2.1 Entstehung sozialer Isolierung

2.2.2 Bedeutung der Erfahrung sozialer Isolierung versus sozialer Integration für suizidales Verhalten

2.3 Zusammenfassung

2.4 Reaktion der Umwelt auf suizidale Verhaltensweisen

2.5 Schichtverteilung suizidalen Verhaltens

3. suizidbegünstigende Faktoren in der Pubertät

3.1 Ablösungsprozesse

3.2 Identität

3.3 Sexualität

II ZUR ENTSTEHUNG SUIZIDALER VERHALTENSWEISEN

1. Suizid als aggressives Verhalten

1.1 Zur Genese aggressiven Verhaltens

1.2 Zur Genese autoaggressiven Verhaltens

1.3 Die Bedeutung autoaggressiven Verhaltens für die Suizidalität

2. Suizid als Konfliktlösungsverhalten

2.1 Verbreitung suizidalen Verhaltens

2.2 Zur Genese des Suizids als Kommunikation und Konfliktverhalten

III ZUSAMMENFASSUNG

C TABELLARISCHER ANHANG

LITERATURVERZEICHNIS

VORWORT

Die vorliegende Arbeit entstand im Anschluß an ein Seminar zum Thema "Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen" an der Freien Universität Berlin (Leitung: H. PETRI). Die dort angeschnittenen und diskutierten Probleme schienen mir dringend einer näheren Untersuchung zu bedürfen. Dies galt besonders für Fragen der Einschätzung sozialer Zusammenhänge bei suizidalem Verhalten. Bei der intensiven Beschäftigung mit Fragen der Kinderfeindlichkeit unserer Gesellschaft im Rahmen eines Seminars über Kindeszüchtigung und Kindesmißhandlung und der Vorbereitung der Veröffentlichung PETRI, LAUTERBACH "Gewalt in der Erziehung. Plädoyer zur Abschaffung der Prügelstrafe." wurde deutlich, daß ein Zusammenhang zwischen der Situation der Kinder einer Gesellschaft und dem Ausmaß an suizidalem Verhalten bestehen könnte. Um diesen vermuteten Zusammenhang beschreiben zu können, wurde diese Arbeit begonnen. In einer eigenen Untersuchung sollte herausgearbeitet werden, was Suizidanten von anderen psychisch Kranken unterscheidet. Diese Unterschiede sollten auf ihre soziale Relevanz und Ätiologie hin in einem theoretischen Teil untersucht werden. Einem solchen Anspruch kann die nun vorliegende Arbeit jedoch nicht gerecht werden. Die Gründe dafür liegen einerseits darin, daß das verfügbare Material der eigenen Untersuchung für diese Fragestellung nicht ausreichte, ferner darin, daß nur eine geringe Anzahl entsprechender Untersuchungen anderer Autoren vorliegt. Was jedoch geleistet werden konnte, war der Versuch einer Neubestimmung der für die Suizidforschung zentralen Begriffe, das Aufzeigen zahlreicher noch ungenutzter Ansätze für weitergehende Forschung, sowie - durch die eigene Untersuchung - eine als "minimale abgesicherte Ausgangsbasis" zu bezeichnende Arbeitsgrundlage. Dieser im Verlauf der Beschäftigung mit dieser Untersuchung erfolgte Schritt hin zu einem realistischeren Anspruch war notwendig, ist jedoch gleichzeitig Ansporn, von der

gefundenen Basis aus weiterzuarbeiten und in eine intensive Diskussion der im Folgenden getroffenen Aussagen einzutreten.

Herrn Ass.-Prof. H.PETRI danke ich für die Hilfestellungen bei der Erstellung der Arbeit und für die Überlassung des Datenmaterials der Poliklinik der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters an der Freien Universität. Herrn H.-J-TROSIENER danke ich für die maschinelle Berechnung der gesammelten Daten.

Berlin im Februar 1975

EINLEITUNG

Die Suizidalität unter Kindern und Jugendlichen verdient wegen ihres erheblichen Ausmaßes verstärkt Beachtung: die Stellung des Suizids in der Reihenfolge der Todesursachen bei Jugendlichen liegt nach Angabe verschiedener Autoren unter den ersten sechs: TUCKMAN und CONNOR (1962) geben die 6. Stelle an (15-24jährige), SHRUT und MICHELS (1969) die 5. (15-19jährige), BOAZ (bei MORRISON und COLLIER, 1969) die 3. ("among teenagers") und CERNY (1968) für 15-19jährige, sowie ZUMPE (1959) für 15-25jährige sogar die 2. Stelle. Alarmierend ist die Tatsache, daß sich die Suizidrate von 5-15jährigen laut Statistischem Bundesamt seit 1950 verdoppelt hat: von 0,4 auf 0,8/100 000. Die Bundesrepublik liegt damit an sechster Stelle von 40 Nationen (WHO 1969). So teilte der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesfamilienministerium auf eine Anfrage mit, daß vom Statistischen Bundesamt 1965 304 Jugendliche, 1972 schon 435 Jugendliche, die durch einen Suizidversuch umgekommen waren, registriert wurden (Süddeutsche Zeitung vom 20.1.75). Auch für die 15-25jährigen stieg die Quote der Suizidversuche 1971 auf 14/100 000 (DER SPIEGEL 9, 1973).

Der Anstieg der Suizidversuche und Suizide scheint sich 1974 verstärkt fortzusetzen: In der hier untersuchten Population hatte 1974 von 23 Patienten ein Patient einen Suizidversuch hinter sich, 1973 war es von 85 Patienten ein Patient, 1972 von 41 ein Patient. Eine solche Häufung von Suizidpatienten wie 1974 ist für den Beobachtungszeitraum von 1966 bis 1974 einmalig. Diese deutliche Zunahme von Suizidversuchen ist auch von anderen Autoren beobachtet worden (vgl. z.B. Frankfurter Rundschau vom 14.12.74 und vom 18.1.75).

Das große Interesse an der Thematik der jugendlichen Suizidalität zeigt die Vielzahl der veröffentlichten Untersuchungen. Leider basieren ihre Aussagen nur in Ausnahmefällen auf wissenschaftlich überprüfbaren Untersuchungsmethoden: es dominieren die halb kasuistischen halb theoretischen Arbeiten, die aus der Beschreibung, Interpretation und Auswertung oft weniger Kasuistiken dort gehäuft auftretende Merkmale zum

Aufstellen oder Bestätigen ihrer Theorien benutzen. Dabei werden die Kasuistiken z.T. nach nicht reproduzierbaren und für den Leser nicht nachvollziehbaren Maßstäben ausgewertet, die Häufigkeit der so ermittelten Angaben wird meist nicht auf ihre statistische Zufälligkeit geprüft, es fehlt fast immer der Vergleich zu Kontrollgruppen gleich welcher Art, um die Aussagen zu validieren, es gibt -im Verhältnis zur Gesamtzahl der Arbeiten- wenige Katamnese und es fehlen Überlegungen zur Kausalität, die über die bloße Feststellung eines "broken-home" oder einer sozialen Isolierung oder der Einordnung des Suizidanten in unklare nosologische Kategorien hinausgehen. Es wird nur selten nach gesellschaftlichen Faktoren geforscht, aus denen die Entstehungsbedingungen suizidaler und suizidäquivalenter Verhaltensweisen ableitbar wären, um auf diesem Wege zu über den Einzelfall hinausgehenden prophylaktischen Überlegungen zu kommen.

Für die vorliegende Arbeit bot sich folgendes Vorgehen an: Zunächst soll eine eigene Untersuchung dargestellt werden, die die auf Randlochkarten archivierten Daten zur sozialen Situation und Symptomatik von 40 jugendlichen Suizidpatienten aus der genannten Poliklinik mit Patienten ohne vorangegangenen Suizidversuch vergleicht und auf signifikante Unterschiede untersucht. Diese Untersuchung diene der Beantwortung der Frage, ob die oft beschriebenen suizidbegünstigenden Lebensumstände oder eine "suizidale Symptomstruktur" insofern praktische therapeutische oder prophylaktische Bedeutung erhalten könnten, als sie den Suizidanten erkennbar aus der Gruppe anderer psychisch Kranker hervorheben. Wegen der noch näher zu beschreibenden Lücken im benutzten Datenmaterial wurde diese Fragestellung in einem zunächst nicht geplanten Ausmaß reduziert. Das ändert jedoch nichts an der Funktion der Untersuchung, eine Orientierungshilfe für die in Teil B dieser Arbeit erfolgten theoretischen Überlegungen, sowie für die zukünftige persönliche Arbeit des Autors zu erstellen. Diese Orientierungshilfe bezieht sich auf methodische Aspekte ebenso wie auf die Einschätzung von Forschungsergebnissen anderer Autoren, sowie die praktische Arbeit.

Im theoretischen Teil der Arbeit sollen dann zunächst die Faktoren, die als für die Genese des Suizids wesentlich beschrieben werden, untersucht und auf ihre methodische Absicherung überprüft werden. Gleichzeitig sollen durch Heranziehung nicht suizidspezifischer Überlegungen und ihr Vergleich mit Aussagen zur Suizidalität letztere relativiert werden und in einen möglichst weiten Zusammenhang gestellt werden, um neue Aspekte zu gewinnen.

GEGENSTANDSBESTIMMUNG

Die Frage, ob man Suizid und Suizidversuch getrennt abhandeln soll oder nicht, ist die wohl am regelmäßigsten diskutierte in der Suizidliteratur. Die Überlegungen und Ergebnisse der vorliegenden Arbeit beziehen sich schwerpunktmäßig auf Suizidversuche. Trotzdem gelten die Aussagen sicher auch für einen in seiner quantitativen Größe nicht bestimmbaren Anteil der erfolgreichen Suizide, denn es ist kaum jemals exakt zu entscheiden, welcher Anteil an Suiziden "mißlungene" Suizidversuche oder welche Suizidversuche "mißlungene" Suizide gewesen sein mögen. Es gibt sicherlich eine Form der Selbstbeschädigung, die die Vernichtung des eigenen Lebens intendiert und eine, die diesen letzten Schritt nicht voll beabsichtigt, beide Formen haben auch sicherlich eine unterschiedliche psychische und soziale Dynamik. Dieser wesentliche Unterschied kann jedoch nicht durch eine Aufteilung suizidalen Verhaltens nach dessen Ausgang beschrieben werden. Andere Gliederungen, die noch später zu erläutern sind, dürften sich als geeigneter erweisen.

Der hier behandelte Gegenstand erfährt eine weitere Einschränkung: die Aussage dieser Arbeit bezieht auf Suizidversuche Jugendlicher und zwar solcher, die man, je nach Nomenklatur, als psychoreaktiv, situationsbedingt, neurotisch o.ä. bezeichnen würde, nicht jedoch auf Suizidversuche im Rahmen von Psychosen.

A EIGENE UNTERSUCHUNG

1. METHODIK DER UNTERSUCHUNG

1.1 FRAGESTELLUNGEN, HYPOTHESEN

Aufgrund der im theoretischen Teil noch ausführlich zu diskutierenden Ergebnisse der Suizidforschung scheinen verschiedene Hypothesen wert, für die in dieser Untersuchung gegebene Grundgesamtheit "Jugendliche Patienten mit Suizidversuch einer großstädtischen kinder- und jugend-psychiatrischen Universitätspoliklinik" überprüft zu werden. Grundsätzlich dient die Untersuchung der Beantwortung der Frage, ob die in der Literatur wiederholt beschriebenen suizidcharakteristischen Lebensumstände und Persönlichkeitsmerkmale für Prophylaxe und Therapie insofern von praktischer Bedeutung sind, als sie den Suizidanten erkennbar aus der Gruppe anderer psychisch Kranker hervorheben. Oder anders formuliert: Gibt es eine statistisch nachweisbare Vorhersageverbesserung bezüglich der Variablen Suizid - Nicht-Suizid mit Kenntnis anderer Variablen? Besteht ein Zusammenhang zwischen Suizid und den erhobenen Daten?

Zur Beantwortung dieser Fragen sollen folgende Hypothesen durch einen Vergleich der Gruppe der Suizidpatienten mit einer suizidfreien Vergleichsgruppe bzw. mit der Gesamtpopulation der Poliklinik geprüft werden:

1. Aussage der Literatur: Suizidgruppen weisen einen höheren Anteil an Mädchen auf als andere Untersuchungsgruppen.

Zu prüfende Nullhypothese:

Die Geschlechtsverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation der Poliklinik identisch.

Die nach dem Alter aufgeschlüsselte Geschlechtsverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation der Poliklinik identisch.

2. Aussage der Literatur: Suizidgruppen weisen einen höheren Anteil an 12-18jährigen auf als andere Untersuchungsgruppen.

Zu prüfende Nullhypothese:

Die Altersverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation der Poliklinik identisch.

3. Aussage der Literatur: Die Schichtverteilung von Suizidgruppen unterscheidet sich von der anderer Untersuchungsgruppen durch ein Vorherrschen von Mittel- und Oberschicht

in den Suizidgruppen.

Zu prüfende Nullhypothesen:

Die Schichtverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation identisch.

Die Schichtverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Einzugsbevölkerung identisch.

4. Aussage der Literatur: Suizidgruppen weisen einen höheren Anteil an Kindern aus äußerlich zerbrochenen Familien auf als andere Untersuchungsgruppen.

Zu prüfende Nullhypothese:

Der Suizidgruppe gehören ebensoviele Kinder aus äußerlich zerbrochenen Familien an wie einer suizidfreien Vergleichsgruppe.

5. Aussage der Literatur: Suizidgruppen weisen einen höheren Grad sozialer Unsicherheit auf als andere Untersuchungsgruppen.

Zu prüfende Nullhypothese:

Die Suizidgruppe weist den gleichen Grad sozialer Unsicherheit auf wie eine suizidfreie Vergleichsgruppe.

6. Aussage der Literatur: Die in Suizidgruppen neben dem Suizidversuch vorherrschende Symptomatik zeichnet sich durch ein häufigeres Auftreten von Kontaktstörungen, Minderwertigkeitsgefühlen und allgemeinen Stimmungsstörungen als in anderen Untersuchungsgruppen aus.

Zu prüfende Nullhypothese:

Die Symptomatik von Patienten mit Suizidversuch unterscheidet sich nicht von der von Patienten ohne Suizidversuch.

1.2 MATERIAL

1.2.1 VOR- UND NACHTEILE DES BENUTZTEN MATERIALS

Die Untersuchung beruht auf der Auswertung von Randlochkarten, die in der schon genannten Poliklinik für jeden vorgestellten Patienten ausgefüllt wurden. Diese Karte wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung in Niedersachsen unter der Leitung von OCKEL (1964) erarbeitet. Es werden Daten zu folgenden Kategorien erhoben: Geschlecht, Alter, Beruf, soziale Herkunft der Familie, wirtschaftliche Verhältnisse, Wohnverhältnisse, Berufstätigkeit der Mutter, Geburt, Familienverhältnisse, Geschwisterreihe, Diagnose, Symptomatik: körperlich, psychisch, Verhalten, Leistung, Verwahrlosung. Andere Kategorien (Initiative zur Vorstellung,

therapeutische Maßnahmen etc.) kamen hier nicht zur Auswertung. (Ablichtung der Randlochkarte s. im tabellarischen Anhang)

Die Mitarbeiter der Poliklinik, die die Ausfüllung der Randlochkarte besorgten, sind überwiegend psychoanalytisch ausgebildet. Das Gesamt der Kartei wird für den Zeitraum von 1966 bis Ende 1971 z.Zt. in einer Untersuchung über "Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter" von H.PETRI ausgewertet. Insgesamt kamen dabei 1591 Karten zur Auswertung.

Nachteile, die sich aus der Benutzung des Materials dieser Dokumentation ergeben, betreffen in erster Linie die Angaben zum sozialen Bereich: die erhobenen Daten sind zu wenig differenziert und können nur Aussagen zu groben Trends absichern. Andere Angaben (Geschlecht, Alter, Schule, Geschwister, Symptomatik) sind jedoch zur Überprüfung der im theoretischen Teil diskutierten suizidbegünstigenden Faktoren ausreichend. Insgesamt kann die Auswertung die zusätzliche Frage beantworten, ob die Differenzierung einer solchen Erhebungskarte ausreicht, um Suizidpatienten zu selektieren, und wenn nicht, welche Bedingungen für eine ausreichende Datensammlung zu benennen wären.

1.2.2 BEWERTUNGSMASSTÄBE DER EINZELNEN KATEGORIEN

Die Bewertungsmaßstäbe für die Markierung der verschiedenen Kategorien auf der Randlochkarte und die Richtlinien ihrer Übernahme in die vorliegende Untersuchung sind im Folgenden kurz dargestellt:

Alter: Von den acht auf der Randlochkarte aufgeführten Altersgruppen sind in der Population der Suizidpatienten nur vier Gruppen markiert: 1: 9-11,11 Jahre, 2: 12-14,11 Jahre, 3: 15-17,11 Jahre, 4: 18-20,11 Jahre. Die Festsetzung der Altersmarkierung erfolgte mit dem Datum der Erstvorstellung in der Poliklinik.

soziale Herkunft der Familie: Wie alle Arbeiten auf diesem Gebiet leidet auch diese an einer unzureichenden Schichteneinteilung, jedoch ließ das verwertete Material keine weitergehende Differenzierung zu. Auf der Randlochkarte sind folgende acht Markierungen möglich: 1. Arbeiter, 2. untere,

mittlere Angestellte und Beamte, 3. höhere Angestellte und Beamte, 4. kleine und mittlere Gewerbetreibende, 5. größere Gewerbetreibende, 6. freie akademische Berufe, 7. Rentner, 8. Sonstige. Die beiden letzten Angaben wurden auf keiner Karte der Suizidpatienten markiert. Die verbleibenden sechs Gruppierungen wurden für diese Arbeit in drei Schichten aufgeteilt: I Arbeiter (Unterschicht), II kleine und mittlere Angestellte und Beamte, Gewerbetreibende (Mittelschicht), III höhere Angestellte und Beamte, größere Gewerbetreibende, freie akademische Berufe (Oberschicht). Die Zusammenfassung erfolgte unter folgenden Gesichtspunkten: Die auf der Karte durchgeführte Einteilung nach dem sozioökonomischen Status erfolgte nicht durch eine Erhebung definierter sozialer Indizes, sondern relativ willkürlich. Berücksichtigt man zudem, daß die wesentlichen sozioökonomischen Variablen (wie Art der Arbeit, Autonomie am Arbeitsplatz, Wohngegend usw.) durch solche Aufteilungen ohnehin nicht erfaßbar sind, so wird deutlich, daß die Übernahme von sechs sozialen Gruppen kaum einen zusätzlichen Aussagewert erbringt, im Gegenteil: sie würde Differenzierungen vortäuschen, die auf Grund des gegebenen Materials nicht zu erheben sind. So erfolgte auf der Karte eine unterschiedliche Differenzierung der den verschiedenen Schichten zuzuordnenden Berufe: Arbeiter sind nicht weiter differenziert, Mittelschichtsberufe jedoch in zwei und Oberschichtsberufe in drei Untergruppen. Um diese Ungleichheiten zu beseitigen, mußte eine Vereinheitlichung vorgenommen werden.

wirtschaftliche Verhältnisse: Die Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen (ausreichend-schlecht-gut) geben nur eine grobe Orientierung. Die noch weithin übliche Ausblendung ökonomischer Kategorien aus Überlegungen zur Entwicklung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten findet hier ihren deutlichsten Niederschlag. Hinzu kommt die Tatsache, daß unter den ausfüllenden Mitarbeitern der Poliklinik eine Übereinkunft über die Abgrenzung der drei Angaben nicht befriedigend gefunden werden konnte (Berücksichtigung von Brutto- oder Nettoeinkommen, Einbeziehung des Nebenverdieners, Renten, Kindergelder, Unterhaltsgelder oder Zahlungsverpflichtungen wie Miete usw., vgl. PETRI, 1975). Trotzdem konnte auf die

Angaben zu diesem Bereich hier nicht verzichtet werden, um mit Hilfe der anderen grob orientierenden Kategorien 'soziale Herkunft', und 'Wohnverhältnisse' eine ungefähre Aussage über die ökonomische Struktur der untersuchten Population machen zu können.

Wohnverhältnisse: Auch hier liegen nur die Angaben ausreichend-schlecht-gut vor. Die Zuordnung zu den drei Bereichen ist dabei jedoch weniger problematisch: Als 'gut' wurde eine Wohnsituation dann angenommen, wenn ein Zimmer pro Familienmitglied vorhanden war, als 'ausreichend', wenn ein genügend großer Wohnraum, sowie Schlafraum vorhanden war und sich nicht mehr als zwei Kinder bis zur beginnenden Pubertät ein Zimmer teilten, als 'schlecht', wenn diese Bedingungen nicht erfüllt waren, sowie bei zu kleiner Wohnfläche, Mißständen im sanitären Bereich usw. (PWTRI, 1975).

Familienverhältnisse: Die Markierung auf der Randlochkarte erfolgte nach acht Untergruppen: 1 unvollständig ohne Vater, 2 unvollständig ohne Mutter, 3 unvollständig im Heim, 4 Eltern geschieden, 5 Eltern getrennt, 6 vollständig mit einem Stiefelternteil, 7 vollständige Ersatzfamilie, 8 vollständige leibliche Eltern. Die statistische Auswertung dieser Untergruppen erweist sich als schwierig: Einerseits sind Doppelmarkierungen möglich, so z.B. Eltern geschieden + unvollständig ohne Vater; andererseits erfolgt nicht in jedem Fall von Scheidung eine solche weitergehende Differenzierung der nun tatsächlich vorherrschenden Familienverhältnisse (etwa als unvollständig mit einem Stiefelternteil o.ä.) Zudem sagt die Markierungshäufigkeit der Kategorie 'Eltern geschieden' nichts über die tatsächliche Scheidungsrate in den Gruppen aus, da Scheidungen häufig bei erfolgter weitergehender Differenzierung nicht zusätzlich markiert wurden. Aus diesen Gründen wurde auf die Berücksichtigung der acht Untergruppen zugunsten folgender Zweiteilung verzichtet: Außerlich intakte Familie (vollständige leibliche Eltern) - Außerlich nicht intakte Familie (alle anderen Markierungen). Diese Zweiteilung ist durch die Tatsache zu rechtfertigen, daß für alle unter 1-7 aufgeführten Familiensituationen das traumatische Erlebnis familiärer Desorganisation bei den Kindern angenommen werden muß.

Diagnose: Zur Auswertung kamen nur Patienten, deren Krankheitsbild als "primär oder vorwiegend psychogen" markiert worden war. Psychosen, anlagebedingte oder erworbene körperliche Mängel (soweit sie ätiologisch für das psychiatrische Krankheitsbild von ausschlaggebender Bedeutung waren), sowie ungeklärte Diagnosen schieden aus.

Symptomatik(dazu vgl. Ablichtung der Randlochkarte): Folgende Symptomkategorien wurden erhoben: körperlich, psychisch, Verhalten, Leistung, Verwahrlosung. Dabei ist die Erfassung körperlicher Symptomatik sicher unproblematisch. Inwieweit die Übernahme eines medizinischen Modells zur Beschreibung psychischer oder sozialer Auffälligkeiten zulässig ist, soll hier nicht weiter diskutiert werden (vgl. dazu z.B. GLEISS, SEIDEL, ABHOLZ 1973, S. 33ff., 194ff.).

1.2.3 SUIZID-GRUPPE

Die Suizidgruppe umfaßt alle Patienten, die in der Zeit von 1966 bis zum 30.4.74 in der Poliklinik vorgestellt wurden und deren Vorstellung in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Suizidversuch erfolgte. Für die in Frage kommenden Patienten wurde durch die Durchsicht der Krankengeschichten zusätzlich festgestellt, ob ein Suizidversuch durch Aussagen der Eltern, durch Krankenhausberichte o.ä. tatsächlich abzusichern war. Grenzfälle (wie etwa: ein Patient ging mit Schlaftabletten ausgestattet in suizidaler Absicht in den Wald, nahm die Tabletten jedoch nicht) wurden ausgeschieden. Es ergab sich eine Population von $N = 40$, die den unter 1.2.2 erwähnten diagnostischen Kriterien entsprach.

1.2.4 ERSTELLEN EINER KONTROLLGRUPPE

Die Suizidgruppe wurde in Untergruppen unterteilt, die durch Geschlecht, Alter und soziale Herkunft determiniert waren. Entsprechend der numerischen Verteilung auf diese Untergruppen wurde die Kontrollgruppe mit ebenfalls $N = 40$ Probanden zusammengestellt. Dies geschah in der Absicht, andere statistisch überzufällige Charakteristika aus dem Vergleich der beiden Gruppen erarbeiten zu können. Um Abweichungen bezüglich der genannten Parameter (Alter, Geschlecht, soziale Herkunft) feststellen zu können, wurden die betreffenden Daten der Suizidgruppe mit denen der

Gesamtpopulation der Poliklinik (Definition dieser Gruppe s. 2.1) verglichen.

Zur Erstellung der Kontrollgruppe wurde die durch die Suizidpatienten verminderte Gesamtpopulation von 1966-1973 benutzt und folgenden Ausleseverfahren unterworfen: Zunächst wurden alle in der Suizidgruppe nicht vertretenen Altersgruppen (0-8, 11 und 21 und älter) und alle Probanden, deren Krankheitsbild nicht 'primär oder vorwiegend psychogen' verursacht war, eliminiert. Anschließend wurde die Restpopulation nach den in der Suizidgruppe vertretenen Untergruppen bezüglich Alter, Geschlecht und soziale Herkunft eingeteilt. Von den 24 theoretisch möglichen Gruppen (bei 4 Altersgruppen, 2 Geschlechtsgruppen und 3 sozialen Schichtgruppen) waren in der Suizidpopulation 14 vertreten. Nach diesem Ausleseverfahren verblieben von der Gesamtpopulation 332 Probanden, die sich wie in Tabelle 2 (vgl. im tabellarischen Anhang) angegeben auf die 14 Untergruppen verteilten. Aus dieser selektierten Gesamtpopulation wurden nun jeder Untergruppe streng zufällig (Zufallszahlentabelle) die gleiche Anzahl von Probanden entnommen, wie in der jeweiligen Untergruppe der Suizidpopulation vorhanden waren. Die Kontrollgruppe umfaßt somit 40 Probanden und ist nach Geschlecht, Alter und sozialer Herkunft der Suizidgruppe homogen.

1.2.5. RECHENVORGÄNGE

Zur Überprüfung der genannten Hypothesen und zur Beantwortung der Fragen sind folgende Berechnungen angestellt worden:

1. Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Daten zu sozialen und familiären Bereichen sowie zur Symptomatik.
2. Vergleich der unter 1. ermittelten Häufigkeiten in der Suizidgruppe mit denen der Kontrollgruppe und dort, wo es sinnvoll erschien, mit der Gesamtpopulation der Poliklinik.
3. Häufigkeitsverteilung der erhobenen Daten in Abhängigkeit

von der sozialen Schicht, desgleichen in Abhängigkeit von Geschlecht und Familienverhältnissen.

4. Vergleich der unter 3. ermittelten Häufigkeiten in der Suizidgruppe mit denen in der Kontrollgruppe und gegebenenfalls mit denen in der Gesamtpopulation der Poliklinik.

Dazu wurden die auf Randlochkarten archivierte Daten zur maschinellen Bearbeitung auf Lochkarten übertragen. Die statistischen Berechnungen erfolgten mit dem "Statistical Package for the Social Sciences" (Version 5.0, SPSS 100, Dec.15,75). Dabei wurden alle untersuchten Verteilungen auf Signifikanz geprüft (χ^2 -Test). Alle beschriebenen Verteilungen innerhalb der Gruppen und alle Unterschiede zwischen den Gruppen sind nur dann signifikant, wenn dies im Text und an entsprechender Stelle im tabellarischen Anhang vermerkt ist.

2. AUSWERTUNG

2.1 CHARAKTERISIERUNG DER POPULATION

Die hier zur Auswertung kommenden Daten stammen von jugendlichen Patienten einer großstädtischen Universitätspoliklinik, die in einem Stadtbezirk von Berlin gelegen ist, dessen Anteil an dort wohnhaften Arbeitern mit 39% unter dem des Berliner Durchschnitts (45%) liegt bei entsprechend höherem Anteil an Angestellten und Selbständigen; sie befindet sich zudem inmitten eines großbürgerlichen Wohngebietes (vgl. Stat. Jb.von Berlin 1973,S.62). Die Überweisung oder der Vorschlag zur Vorstellung in der Poliklinik erfolgte in erster Linie durch niedergelassene Ärzte, aber auch durch Lehrer und Erziehungsberatungsstellen.

Die Arbeit berücksichtigt drei Gruppen von Jugendlichen:

1. die eigentliche Untersuchungsgruppe der Patienten mit Suizidversuch (im Folgenden "Suizidgruppe" genannt) mit N=40 aus dem Erhebungszeitraum von 1966 bis April 1974.
2. die gematchte, bis zu ihrem Eintritt in die Poliklinik suizidfreie Kontrollgruppe mit N=40 aus etwa dem gleichen Erhebungszeitraum wie 1.

3. die Gruppe aller Patienten, deren Symptomatik als "primär oder vorwiegend psychogen" diagnostiziert und markiert wurde (sie entspricht der Gruppe B in der Arbeit von H. PETRI, 1975, im Folgenden Gesamtpopulation genannt) mit N=1040 aus dem Erhebungszeitraum 1966-1971, die jedoch nur in einzelnen zu begründenden Fällen in die vorliegende Untersuchung mit einbezogen wird.

Um die Auswirkung der Selektionskriterien, der die hier untersuchte Population unterliegt, zu verdeutlichen, sollen vor der Auswertung des eigenen Datenmaterials die von GRÜNEWALD und IBE (1972) gesammelten Daten von 960 Patienten mit Suizidversuch, "die in der Zeit vom 1.4.68 bis zum 31.8.70 psychiatrisch im Reanimationszentrum des Klinikums Westend der FU Berlin untersucht wurden", dargestellt werden (das Klinikum Westend liegt in unmittelbarer Nachbarschaft der Universitätsnervenklinik). Für die hier interessierende Altersgruppe ergibt sich das in Tabelle 3 dargestellte Bild: Die beiden Autoren fanden beim Vergleich korrespondierender Altersgruppen ihrer SV-Population mit der Bevölkerung West-Berlins, daß bei den Männern die 11-15jährigen signifikant weniger, die 16-20jährigen signifikant häufiger Suizidversuche unternahmen, als von ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung her zu erwarten war. Bei den Frauen unternahmen ebenfalls die 16-20jährigen signifikant häufiger Suizidversuche. Der Vergleich der Suizidhäufigkeit bei Männern und Frauen ergab für die 16-25jährigen ein signifikantes Überwiegen der Frauen.

Die Zahl der in 2,5 Jahren untersuchten 11-20jährigen Jugendlichen lag bei 138. Angesichts dieser Zahl überrascht die geringe Zahl von 40 hier beschriebenen Suizidpatienten aus einem Erhebungszeitraum von 7,4 Jahren, was einer Frequenz von durchschnittlich 5,5 Patienten/Jahr entspricht. Diese Zahl erklärt sich aus der relativ geringen Zahl von durchschnittlich 265 Neuvorstellungen/Jahr in der Poliklinik und ist als Folge der geringen personellen Besetzung (bis Ende 1971 nur ein Arzt und ein Psychagoge) zu interpretieren. Eine Übertragung der in unserer Population gefungen Ergeb-

nisse auf größere Populationen (etwa: jugendliche Suizidanten einer Großstadt) ist wegen dieser einschneidenden und in ihrer Auswirkung nicht abschätzbaren Selektion nicht möglich.

2.2 VERGLEICH DER SUIZID- UND KONTROLLGRUPPE MIT DER GESAMTPOPULATION

Da die hier benutzte Kontrollgruppe nach Geschlecht, Alter und sozialer Herkunft der Zusammensetzung der Suizidgruppe entspricht, soll die Verteilung dieser Parameter in der Suizidgruppe mit der in der Gesamtpopulation verglichen werden, um mögliche Auffälligkeiten registrieren zu können. Dabei ist folgendes zu berücksichtigen: 1. es liegt ein unterschiedlicher Erhebungszeitraum vor (vgl. 2.1), 2. die Gesamtpopulation ist keine 'suizidfreie' Population, d.h. sie enthält die 33 bis Ende 1971 zur Vorstellung gekommenen Patienten mit Suizidversuch, was bedeutet, daß auftretende Differenzen im Datenmaterial möglicherweise ausgeprägter sind, als sich in den Zahlenwerten niederschlägt.

2.2.1 Geschlecht (vgl. Tabelle 4)

Das Verhältnis Jungen zu Mädchen in der Suizidgruppe beträgt etwa 1:1, mit einem leichten Übergewicht der Mädchen (17:23), in der Gesamtpopulation beträgt das Verhältnis 2:1 (auf dem 1%-Niveau signifikant, als theoretische Erwartung ging, entsprechend der Nullhypothese die Verteilung der Gesamtpopulation in die Rechnung ein.). Die Nullhypothese ("Die Geschlechtsverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation identisch") mußte zurückgewiesen werden. Um die Gründe für diesen signifikanten Unterschied zu spezifizieren, sollen folgende Untersuchungen vorgenommen werden:

a) Einfluß des Alters auf die Geschlechtsverteilung: Die Gesamtpopulation enthält die in der Suizidgruppe nicht vertretenen Altersgruppen der 0-9jährigen, die möglicherweise den beschriebenen Unterschied bedingen. Um dies zu überprüfen, wurden die Geschlechtsverteilungen der einzelnen Altersstufen miteinander verglichen (vgl. Tabelle 5). Dabei zeigte sich deutlich, daß der Grund für die unterschiedliche Geschlechtsverteilung besonders auf die Ergebnisse in der

Altersgruppe der 15-18jährigen zurückzuführen ist: während hier in der Gesamtpopulation die Jungen signifikant überwiegen (1%-Niveau), sind in der Suizidgruppe die Mädchen fast doppelt so stark vertreten wie die Jungen (Die Gruppe der 15-18jährigen Mädchen hat einen Anteil von 42,5% an der Suizidgruppe!). Somit mußte auch die zweite Nullhypothese ("Die nach dem Alter aufgeschlüsselte Geschlechtsverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation identisch.") zurückgewiesen werden.

b) Einfluß der Geschlechtsverteilung der Bevölkerung auf die der Untersuchungsgruppen: Es wäre denkbar, daß die Geschlechtsverteilung der Suizidgruppe durch die der Gesamtbevölkerung bedingt ist. Die Verteilung der Bevölkerung auf Alters- und Geschlechtsgruppen zeigt, daß in den betroffenen Altersstufen etwas mehr Jungen als Mädchen vertreten sind (vgl. Tabelle 6). Dieses Übergewicht der Jungen wird -wie gezeigt- in der Population der Poliklinik verstärkt angetroffen. Das Verhältnis Jungen zu Mädchen 17:23 in unserer Suizidpopulation ist somit eindeutig ein Charakteristikum dieser Untersuchungsgruppe.

Die aus den Aussagen der Literatur gewonnene Hypothese, daß in Populationen mit jugendlichen Suizidanten Mädchen überwiegen, konnte für unsere Population besonders in der Altersstufe der 15-18jährigen deutlich verifiziert werden.

2.2.2 Alter (vgl. Tabelle 5)

Die Altersstruktur der Suizidgruppe zeigt ein Vorherrschen der 15-18jährigen (62,5%), vor den 12-15jährigen (25%), den 18-21jährigen (10%) und den 9-12jährigen (2,5%). Der Vergleich mit der Gesamtpopulation zeigt, daß diese Struktur sich von der der Gesamtpopulation deutlich unterscheidet (vgl. Abbildung A5): Während in der Suizidgruppe ein steiler Gipfel bei den 15-18jährigen zu beobachten ist (**Variationsbreite:** 52,5%), ist die Altersverteilung der Gesamtpopulation verhältnismäßig homogen (**Variationsbreite:** 14%). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist für die 9-18jährigen signifikant. Die bis zu 6jährigen, sowie die 6-9jährigen sind in der Suizidgruppe nicht vertreten. (Die

18-21jährigen sind für die Gesamtpopulation nicht ausgewertet worden)

Die Nullhypothese ("Die Altersverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation identisch") mußte zurückgewiesen werden. Die aus der Literatur gewonnene Aussage, daß in suizidalen Populationen ein höherer Anteil von 12-18jährigen zu beobachten ist als in nicht-suizidalen Populationen, konnte für unsere Untersuchungsgruppe verifiziert werden.

2.2.3 Soziale Herkunft (vgl. Tabelle 7)

Die Schichtverteilung in der Suizidgruppe zeigt ein Überwiegen der Mittelschicht (55%) vor der Unterschicht (30%) und der Oberschicht (15%). Die Interpretation dieser Verteilung ist nur auf dem Hintergrund der Schichtverteilung der Gesamtpopulation der Poliklinik und der West-Berliner Bevölkerung möglich: Laut Statistischem Jahrbuch von Berlin (1969) verteilt sich die Gesamtbevölkerung nach ihrer "Stellung im Beruf" wie folgt: 7,6% Selbständige, 1,6% mithelfende Familienangehörige, 6% Beamte, 34,3% Angestellte, 50,5% Arbeiter. Die Schichtverteilung in unserer Gesamtpopulation dagegen zeigt eine Unterrepräsentanz der Arbeiter: 34,0% Unterschicht, 50,8% Mittelschicht, 15,2% Oberschicht. Der Grund für diese Differenz ist sicher vielschichtig, wesentlich aber dürfte die schlechtere ärztliche und besonders psychiatrische Versorgung von Arbeiterbezirken (DEFFE u.a. 1973, WULFF, 1972) und die damit einhergehende geringere Aufklärung über Existenz und Möglichkeiten einer solchen universitären Einrichtung sein, verbunden mit anderen Auslesekriterien, wie Angst vor Universitätsinstitutionen etc.

Die Schichtenverteilung der Poliklinik spiegelt sich in der der Suizidgruppe fast identisch wieder. Die 1. Nullhypothese ("Die Schichtverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Gesamtpopulation identisch") wird deshalb beibehalten, während die 2. Nullhypothese ("Die Schichtverteilung der Suizidgruppe ist mit der der Einzugsbevölkerung der Poliklinik identisch") zurückgewiesen werden muß. Die in der Literatur oft anzutreffende Aussage (vgl. im theoret. Teil),

daß suizidales Verhalten Jugendlicher vorwiegend ein Problem der Mittel- und Oberschicht sei, ließ sich für unsere Suizidgruppe nicht verifizieren: es überwoh zwar die Mittelschicht, jedoch nicht stärker, als es in der Gesamtpopulation der Poliklinik ohnehin der Fall war. Es taucht die Vermutung auf, daß die Beschreibung suizidalen Verhaltens als Phänomen besonders von Mittel- und Oberschicht durch fehlerhafte Schlußfolgerungen zur Kausalität von Schichtverteilungen in psychiatrischen Populationen entstanden ist.

2.2.4 Zusammenfassung

Die hier zu untersuchende Population suizidaler Jugendlicher zeichnet sich durch eine charakteristische Alters- und Geschlechtsverteilung aus, mit einem auffallend hohen Anteil an 15-18jährigen Mädchen (42%). Die Unterschicht ist in unserer Population unterrepräsentiert, was seinen Grund jedoch in der entsprechenden Verteilung der Gesamtpopulation der Poliklinik zu haben scheint.

2.3 VERGLEICH DER SUIZIDGRUPPE MIT DER KONTROLLGRUPPE

Der Vergleich der Suizidgruppe mit der gematchten suizidfreien Kontrollgruppe soll laut Fragestellung klären, ob sich die beiden Gruppen in ihren sozialen Parametern und in ihrer Symptomatik deutlich voneinander unterscheiden. Dazu sollen die erhobenen Daten zum sozialen Umfeld, zur Familie und zur Symptomatik dargestellt werden. Der Übersichtlichkeit halber erfolgte eine thematische Zusammenfassung der einzelnen Items, so daß eine schwerpunktmäßige Darstellung charakteristischer Merkmale erfolgen kann. Einzelergebnisse sind im tabellarischen Anhang nachschlagbar (Teil C).

2.3.1 Familie

In diesem Abschnitt sollen Daten zur Auswertung kommen, die in den Kategorien: Familienverhältnisse, Geburt, Geschwisterreihe erhoben worden sind.

Die Familienverhältnisse wurden aus den schon erwähnten Gründen in der Zweiteilung nach außen intakte - nach außen nicht intakte Familie ausgewertet (Tabelle 8): Es zeigte sich für beide Gruppen eine fast identische Verteilung:

ungefähr die Hälfte der Patienten beider Gruppen stammt aus nach außen nicht intakten Familien. Die Aufschlüsselung nach Schichten zeigt für die Suizidgruppe, daß 67% der Arbeiterkinder aus nicht intakten Familien kamen, dagegen sind es bei der Mittel- und Oberschicht ca. 50% (Tabelle 9). In der Kontrollgruppe ist der Unterschied zwischen den Schichten noch gravierender: hier kamen 83% der Arbeiterkinder aus nicht intakten Familien, in den anderen Schichten waren es ca. 32% (Verteilung auf dem 1%-Niveau signifikant). D.h. es finden sich beim Vergleich der beiden Gruppen mehr nicht intakte Mittelschichtsfamilien in der Suizidgruppe und mehr nicht intakte Arbeiterfamilien in der Kontrollgruppe (dieser Unterschied läßt sich statistisch nicht absichern). Die Nullhypothese bezüglich der Familienverhältnisse ("Der Suizidgruppe gehören ebensoviele Kinder aus äußerlich zerbrochenen Familien an wie einer suizidfreien Vergleichsgruppe") wird deshalb beibehalten. Die aus der Literatur gewonnene Aussage, daß suizidale Untersuchungsgruppen einen höheren Anteil von Kindern aus zerstörten Familien aufweisen sollen als nicht-suizidale Vergleichsgruppen, konnte in unserer Population nicht verifiziert werden.

Um dieses etwas überraschende Ergebnis zu spezifizieren und um einen etwaigen Einfluß der Selektionskriterien der Kontrollgruppe (Alter, Geschlecht, soziale Herkunft) auf die gefundene Verteilung auszuschließen, wurde es mit den Ergebnissen der Gesamtpopulation verglichen (Tabelle 9): Dabei zeigte sich, daß sowohl in der Suizid- als auch in der Kontrollgruppe der Anteil an nicht intakten Familien in allen Schichten über dem in der Gesamtpopulation liegt. Diese Unterschiede ließen sich jedoch statistisch nicht absichern, sodaß von einer Gleichverteilung ausgegangen werden muß. Es bleibt deshalb festzuhalten, daß ein hoher Anteil von nicht intakten Familien sowohl in unserer Suizidpopulation als auch in den verglichenen Gruppen nachweisbar ist, daß dieser Faktor also in unserer Population nicht suizidapetifisch ist.

Das Ergebnis bestärkt die im theoretischen Teil noch darzulegenden Zweifel an der Zulässigkeit der Postulierung undifferenzierter Kausalzusammenhänge zwischen zerbrochenen Familien und Suizidalität.

Als weitere Beschreibungsmerkmale der untersuchten Familien sollen die Kinderzahl (Anzahl der Geschwister) und die eheliche oder uneheliche Geburt der Probanden dienen (letztere Kategorie scheint auch heute noch sinnvoll zu erheben, da trotz des Anspruchs der Gleichwertigkeit die Stellung von un- oder außerehelichen Kindern in der Praxis noch gemeinhin so ist, daß Unehelichkeit soziale Unsicherheit und Desorganisation bedeutet):

Die meisten Probanden (ca. 70% in beiden Gruppen) waren Einzelkinder oder hatten ein Geschwister (Tabelle 10). Die Aufschlüsselung nach Familienverhältnissen (intakt - nicht intakt) ergab keine auffälligen Verschiebungen in der Verteilung. In der Schichtverteilung zeigte sich, daß in der Suizidgruppe die Oberschicht deutlich mehr Einzelkinder aufweist (50%) als die Unterschicht (25%), die Mittelschicht liegt mit 36% dazwischen (statistisch nicht abzusichernder Unterschied). Dieses Ergebnis schlägt sich auch in der Tabelle der durchschnittlichen Kinderzahl nieder (Tabelle 11).

Die Daten zur un-, vorehelichen oder ehelichen Geburt zeigen - bei fast identischer Verteilung in beiden Gruppen - ein deutliches Vorherrschen ehelicher Geburt (70%). Die Aufschlüsselung nach Familienverhältnissen ergibt signifikante Verteilungen in beiden Gruppen (Tabellen 12a+b): unehelich geboren sind keine Probanden aus intakten Familien, jedoch ca. 27% derer aus nicht intakten Familien. Ehelich geboren dagegen wären fast 90% aller Probanden aus intakten Familien, jedoch nur etwa die Hälfte derer aus nicht intakten Familien (der Rest war vorehelich geboren). Die Aufschlüsselung nach sozialen Schichten zeigt in beiden Gruppen folgende Abhängigkeit: je höher die soziale Schicht, desto größer der Anteil an ehelich geborenen Probanden. Für die Suizidgruppe ist diese Verteilung signifikant (fast 1%-Niveau, vgl. Tabelle 13a+b): 50% der Arbeiterkinder sind unehelich geboren, währendes in den beiden anderen Schichten nur eheliche Geburt, resp. vor-

eheliche Zeugung gibt.

Zusammenfassend ergibt sich für die hier untersuchten Familien: Jede zweite der hier erfaßten Familien ist nach außen nicht intakt. Das gilt sowohl für die Suizid- als auch für die Kontrollgruppe. Allerdings lagen in der Gesamtpopulation der Poliklinik mehr intakte Familien vor, was sich jedoch statistisch nicht absichern ließ. Ein hoher Anteil an Kindern aus äußerlich nicht intakten Familien wird deshalb als Charakteristikum der hier untersuchten Gesamtpopulation und nicht als suizidspezifisch angesehen. Außerdem zeigte sich bei den Familien beider Gruppen, daß Kinder aus intakten Familien deutlich häufiger ehelich geboren sind, als solche aus nicht intakten Familien. Ferner konnte besonders in der Suizidgruppe verfolgt werden, daß eine signifikante Abhängigkeit unehelicher Geburt von niedriger sozialer Schicht besteht: Unehelichkeit taucht in dieser Gruppe nur in der Unterschicht auf. Auf die Geschwisterzahl hatten die Familienverhältnisse keinen, die Schichtzuordnung hatte nur einen geringen -statistisch nicht abzusichernden- Einfluß. Insgesamt lassen sich in unserer Population keine Anhaltspunkte finden, die als Charakteristikum von Familien suizidaler Jugendlicher gelten könnten und die sich als Unterschied zwischen der suizidalen und nicht-suizidalen Gruppe statistisch absichern lassen würden. Bemerkenswert jedoch bleibt die Tatsache, daß -besonders hinsichtlich der Überrepräsentation von Mittel- und Oberschicht- viele Patienten in äußerlich nicht intakten Familien leben oder lebten. Außerdem lassen die übrigen hier erhobenen Daten erkennen, daß bei einem großen Teil der Probanden gleichzeitig für mehrere Bereiche jeweils die Angaben markiert sind, die -berücksichtigt man die Bedeutung der Kleinfamilie für die Sozialisation in unserer Gesellschaft- als die jeweils ungünstigsten einzustufen sind.

2.3.2 soziales Umfeld

Das soziale Umfeld der Probanden und ihrer Familien soll hier durch folgende Kategorien beschrieben werden: Schule, Beruf, wirtschaftliche Verhältnisse, Wohnverhältnisse, Berufstätigkeit der Mutter.

a) Schule, Beruf: Die Verteilung der Jugendlichen auf die 9 Schul- und Berufskategorien ist für beide Gruppen nicht signifikant: Ca. 75% der Patienten besuchen Volks-, Mittel- oder Oberschulen, mit besonders starker Besetzung der Oberschulen. Lehre und Berufstätigkeit sind in beiden Gruppen bei 17,5% der Probanden markiert. Tabelle 14 zeigt u.a. die nach Häufigkeit geordnete Rangfolge der verschiedenen Schul- und Berufskategorien: Volks-, Mittel- und Oberschulen als die drei "Normalschul"-Kategorien spielen in beiden Gruppen die wichtigste Rolle, neben der Lehre bei den Suizidanten und der Berufstätigkeit in der Kontrollgruppe. Die weitere Aufteilung der Gruppen nach sozialer Herkunft (in Tabelle 15 sind der Übersicht wegen nur zusammengefaßte Kategorien verzeichnet) macht deutlich, daß Oberschichtskinder beider Gruppen ausschließlich die Oberschule besuchen, Arbeiterkinder neben den "Normalschulkategorien" auch deutlich Sonderschul- und Berufskategorien besetzen und daß Mittelschichtskinder besonders in den drei "Normalschulkategorien" zu finden sind. Der Schulbesuch nimmt also in beiden Gruppen von der Oberschicht (100% Oberschule) über die Mittelschicht (77,3% Schulbesuch) zu den Arbeitern ab: bei letzteren ist in der Suizidgruppe ein etwas höherer Anteil an Schulbesuch (58%) zu verzeichnen als in der Kontrollgruppe (41,7%). Die Aufschlüsselung nach Familienverhältnissen ergibt für die Suizidgruppe eine fast identische Verteilung für die Kinder aus intakten und die aus nicht intakten Familien. In der Kontrollgruppe jedoch findet sich eine signifikante Verteilung (5%-Niveau): 62% der Kinder aus intakten Familien besuchen eine Oberschule, 14 % eine Mittelschule. Demgegenüber gibt es bei Kindern aus nicht intakten Familien, die eher Volksschulen besuchen, berufstätig oder arbeitslos sind, nur 32% Oberschüler (Tabelle 16).

b) wirtschaftliche Verhältnisse: Wie schon erwähnt, sind hier nur grobe Einschätzungen möglich: Die Gesamtübersicht in Tabelle 17 zeigt ein Überwiegen ausreichender wirtschaftlicher Verhältnisse vor guten und schlechten Verhältnissen. Diese Verteilung gilt für beide Untersuchungsgruppen, sie wurde auch bei der Auswertung der Gesamtpopulation gefunden.

Die Aufschlüsselung nach sozialen Schichten zeigt folgendes Bild (Tabelle 18): Suizidgruppe: In der Oberschicht sind ausschließlich gute wirtschaftliche Verhältnisse angetroffen worden, in der Mittel- und Unterschicht finden sich zu etwa 50% ausreichende wirtschaftliche Verhältnisse, wobei die Tendenz der Mittelschicht in Richtung ausreichend bis gut, die der Unterschicht in Richtung ausreichend bis schlecht weist (Unterschicht + Mittelschicht gegen Oberschicht: auf dem 5%-Niveau signifikant).

Die Kontrollgruppe zeigt eine ähnliche Verteilung, die in allen Schichten jedoch eher als ausreichend bis gut zu kennzeichnen wäre.

Bei der Aufschlüsselung der wirtschaftlichen Verhältnisse nach den Familienverhältnissen fand sich folgendes Bild (Tabelle 19): Suizidgruppe: Alle Probanden, die aus schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen stammten, waren auch in zerbrochenen Familien aufgewachsen. Gute wirtschaftliche Verhältnisse fanden ein Drittel der Kinder nicht intakter Familien, aber die Hälfte der Kinder intakter Familien vor. Diese Verteilung zeigt sich noch ausgeprägter in der Kontrollgruppe: Gute wirtschaftliche Verhältnisse fand hier nur ein Sechstel der Kinder aus nicht intakten Familien, aber wiederum die Hälfte der Kinder intakter Familien (auf dem 5%-Niveau signifikant).

Die wirtschaftlichen Verhältnisse variieren somit deutlich mit den verschiedenen Schichten und den Familienverhältnissen in dem Sinne, daß eine Häufung sozial ungünstiger Faktoren bei einzelnen Patienten **besonders der Unterschicht auftritt.**

c) Wohnverhältnisse: Die Gesamtübersicht in Tabelle 20 zeigt ein Überwiegen guter vor ausreichenden und schlechten Wohnverhältnissen in beiden Gruppen. In der Kontrollgruppe ist das Überwiegen guter Wohnverhältnisse deutlicher (55,5%) als in der Suizidgruppe (42,5%).

Bei der Aufschlüsselung nach sozialen Schichten ergibt sich: Suizidgruppe: Die Wohnverhältnisse aller Oberschichtkinder sind -ebenso wie es sich bei den wirtschaftlichen Verhältnissen zeigte- gut. In der Mittelschicht sind die Wohnverhältnisse überwiegend ausreichend bis gut (82%), in der Unterschicht überwiegend ausreichend bis schlecht (auf dem 5%-

Niveau signifikant). Die Ergebnisse der Kontrollgruppe zeigen ein anderes Bild: In allen Schichten sind die Wohnverhältnisse ausreichend bis gut (ca. 80%). Die schlechten Wohnverhältnisse finden sich am häufigsten in der Mittelschicht nicht wie in der Suizidgruppe in der Unterschicht.

Die Aufschlüsselung nach Familienverhältnissen zeigt in der Suizidgruppe, daß sowohl Jugendliche aus intakten als auch solche aus nicht intakten Familien zu ca. 42% gute Wohnverhältnisse erlebt hatten, jedoch kommen mehr Jugendliche aus intakten Familien aus ausreichenden, und mehr Jugendliche aus nicht intakten Familien aus schlechten Wohnverhältnissen. In der Kontrollgruppe zeigte sich diesbezüglich eine deutlichere Tendenz: Patienten intakter Familien kamen eher aus guten, Patienten nicht intakter Familien eher aus schlechten Wohnverhältnissen.

Die Wohnverhältnisse variieren im gleichen Sinne, wenn auch nicht so ausgeprägt, wie die wirtschaftlichen Verhältnisse mit den sozialen Schichten - dies deutlicher in der Suizidgruppe und mit den Familienverhältnissen - dies deutlicher in der Kontrollgruppe. Dabei tritt - wieder in Analogie zu den wirtschaftlichen Verhältnissen - für einige Patienten eine Häufung sozial ungünstiger Faktoren auf (Tabellen 21,22).

d) Berufstätigkeit der Mutter: Die Gesamtübersicht in Tabelle 23 zeigt einen größeren Anteil von ganztägiger Berufstätigkeit der Mutter in der Suizidgruppe (40%) als in der Kontrollgruppe (30%, Unterschied ist statistisch nicht abzusichern).

Die Aufschlüsselung nach sozialen Schichten ergab in der Suizidgruppe einen abnehmenden Anteil ganztägiger Arbeit mit steigendem sozialen Status. Gar nicht berufstätig waren jedoch besonders die Mütter der Mittelschicht (45,5%), während dieser Prozentsatz in beiden anderen Schichten 17% betrug (der Rest der Mütter ist jeweils teilzeithbeschäftigt). Völlig anders ist das Bild in der Kontrollgruppe: Hier arbeiten zwei Drittel der Mütter der Unter- und Oberschicht, aber nur knapp ein Drittel der Mütter der Mittelschicht gar nicht. Ca. ein Drittel der Mütter aller Schichten arbeiten ganztägig (Verteilung in der Kontrollgruppe auf dem 5%-Niveau signifikant, der Unterschied zwischen den Gruppen

ist statistisch nicht abzusichern).

Die Aufschlüsselung nach Familienverhältnissen zeigt eine deutliche Abhängigkeit von Berufstätigkeit und Intaktheit der Familie: Die Hälfte der Mütter nicht intakter Familien arbeitet ganztätig, während das bei Müttern intakter Familien nur 26% tun (in der Kontrollgruppe sogar nur 9,5%: auf dem 5%-Niveau signifikant).

Für die Suizidgruppe wesentlich ist die Häufung ganztätiger Arbeit der Mütter in der Unterschicht und der Mütter aus nicht intakten Familien. In der Kontrollgruppe ist das Bild bei der Schichtaufteilung homogener, bezüglich der Familienverhältnisse jedoch deutlicher ausgeprägt.

e) Zusammenfassung: Für keinen der hier untersuchten Parameter zum sozialen Umfeld konnte eine deutliche Benachteiligung der Suizidgruppe nachgewiesen werden. Es zeigte sich für die Gesamtheit der hier untersuchten Probanden eine bemerkenswerte Häufigkeit sozial ungünstiger Faktoren, -die besonders bei Berücksichtigung der Überrepräsentanz der Mittelschicht auffällt-, die sich jedoch nicht in Unterschieden zwischen den verglichenen Gruppen niederschlägt. Die Nullhypothese ("Die Suizidgruppe weist den gleichen Grad sozialer Unsicherheit auf wie eine suizidfreie Vergleichsgruppe.") wird deshalb beibehalten. Die der Literatur entnommene Aussage, daß Suizidgruppen einen höheren Grad sozialer Unsicherheit aufweisen als suizidfreie Vergleichsgruppen, konnte für unsere Population nicht bestätigt werden. Es bleibt jedoch festzuhalten, daß ein erheblicher Anteil der Patienten unter in mehreren Bereichen erschwerten sozialen Bedingungen zu leben hat.

2.3.2.1 Geschlechtsunterschiede: Keines der hier untersuchten Items zur Familie und zum sozialen Umfeld ergab einen statistisch abzusichernden Unterschied zwischen Jungen und Mädchen.

2.3.3 Symptomatik

Auch die Auswertung der zur Symptomatik erhobenen Daten erfolgt unter der zentralen Fragestellung, ob sich in diesem Bereich suizidale Patienten erkennbar von nicht-suizidalen Patienten unterscheiden. Dazu sollen die Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Symptome und ggf. Symptomgruppen

in beiden Gruppen ermittelt und verglichen werden, ferner soll die mögliche Abhängigkeit der Symptomatik von den sozialen Schichten bzw. den Familienkonstellationen untersucht werden. Zudem wurde die Rangfolge der Symptome anhand der Häufigkeit ihrer Markierung ermittelt.

Die Gesamtauszählung (vgl. Tabelle 26) zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen mit Ausnahme des Symptoms "depressive Verstimmung", was sich bei allen Suizidpatienten jedoch nur bei 30% der Probanden der Kontrollgruppe fand. Einziges die Gruppen unterscheidendes Merkmal ist somit die depressive Verstimmung der Suizidpatienten. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Rangfolge der Symptome wieder (vgl. Tabelle 27): hier dominiert in der Suizidgruppe die depressive Verstimmung vor Schüchternheit, Verslossenheit, Leistungsversagen, Störung des Selbstwertgefühls, einzelgängerischem und mutistischem Verhalten und Schlafstörungen, während in der Kontrollgruppe depressive Verstimmungen erst an 4. Stelle auftauchen, bei ähnlicher Verteilung der übrigen Symptomatik. Insgesamt zeigte sich bei den Suizidpatienten ein im Durchschnitt größere Anzahl von Symptomen (8,5) als in der Kontrollgruppe (7,3).

Die nach sozialer Herkunft aufgeschlüsselte Gesamtauszählung zeigte zwischen beiden Untersuchungsgruppen keine wesentlichen Unterschiede der Verteilungen. Dagegen ergibt die Aufschlüsselung nach intakten und nicht intakten Familienverhältnissen deutliche (statistisch jedoch nicht abzusichernde) Unterschiede: Bei den Probanden aus intakten Familien fanden sich im Durchschnitt mehr Symptommarkierungen als bei Probanden aus nicht intakten Familien (dieser Unterschied fand sich in beiden Gruppen, vgl. Tabelle 30). Bei der Auswertung der einzelnen Symptomkategorien ergaben sich bezüglich dieses Ergebnisses Differenzierungen, die an entsprechender Stelle erörtert werden.

a) körperliche und psychosomatische Symptomatik (Item 11-18, 21-27, zur Nummerierung vgl. Ablichtung der Randlochkarte)

In der Suizidgruppe werden Kopfschmerzen von 11 Patienten angegeben, EEGstörungen von 7, Ohnmachten von 5, Magenbeschwerden und vasomotorische Störungen von 4 und Herzbeschwerden

von 3 Patienten. In der Kontrollgruppe liegt eine ähnliche Rangfolge vor: Kopfschmerzen und Essstörungen wurden bei 7, Ohnmachten und vasomotorische Störungen bei 6, Hautaffektionen bei 5, Herzbeschwerden bei 4 und Magenbeschwerden bei 3 Patienten gefunden. Die Aufschlüsselung der Gesamtauswertung dieser Kategorie nach intakten und nicht intakten Familien zeigt folgende Auffälligkeit: Während in der Suizidgruppe die Häufigkeiten der Markierungen mit 19 bei Patienten aus intakten und 22 bei Patienten aus nicht intakten Familien annähernd gleich sind, weichen sie in der Kontrollgruppe mit 36 Markierungen bei Kindern aus intakten und nur 9 bei Kindern aus nicht intakten Familien deutlich voneinander ab: nichtsuizidale Probanden aus intakten Familien wiesen deutlich mehr körperliche und psychosomatische Beschwerden auf als Probanden anderer Untergruppen (Unterschied zwischen den Gruppen ist auf dem 1%-Niveau signifikant.).

Die Aufschlüsselung der Symptomatik nach sozialer Herkunft zeigt lediglich Unterschiede zwischen suizidaler und nicht-suizidaler Oberschicht (vgl. Tabelle 29).

b) motorische Störungen, Schlafstörungen (Item 19,20,28-30, 32-34,35)

In der Suizidgruppe fanden sich bei 9 Patienten Nägelknabbern, bei 3 Patienten allgemeine motorische Funktionsstörungen (Tics etc.), 2 Patienten waren Stotterer. In der Kontrollgruppe waren nur 5 Patienten, die Nägel knabberten, 4 Patienten mit allgemeinen motorischen Funktionsstörungen, 3 Patienten waren Stotterer. Schlafstörungen zeigten 13 Suizidpatienten und 9 nicht-suizidale Patienten.

Die Aufschlüsselung der Ergebnisse nach der Familiensituation ergab -entsprechend der Gesamtauswertung- in beiden Gruppen eine häufigere Symptommarkierung bei Patienten aus intakten Familien. Die Aufschlüsselung nach sozialer Herkunft brachte keine auswertbaren Markierungsdifferenzen.

c) psychische Symptomatik: Zwänge, Ängste (Item 36-41)

Angstsymptomatik war in beiden Untersuchungsgruppen bei 13 Patienten markiert. Dabei ist die Anzahl der Patienten, die überhaupt Angstsymptomatik in irgendeiner Form aufwiesen, dadurch ermittelt worden, daß Mehrfachmarkierungen der verschiedenen Angstuntergruppen (Item 36-40) eliminiert worden sind. Eine Zwangssymptomatik wurde nur bei 2 Suizidpatienten

und bei einem Probanden der Kontrollgruppe gefunden. Die Aufschlüsselung der Angstsymptomatik nach Familiensituation und sozialer Herkunft (Tabelle 31) zeigt eine auffällige, statistisch aber nicht abzusichernde Verteilung nur in der Kontrollgruppe bezüglich des Einflusses der Familiensituation: 10 Patienten mit Angstsymptomatik stammten aus intakten Familien, 3 aus nicht intakten Familien. In der Suizidgruppe ist dieses Verhältnis ausgerechneter (6:8). Die Schichtverteilung zeigt keine Besonderheiten.

Analog der Verteilung psychosomatischer Störungen deutet sich auch für die Angstsymptomatik eine Häufung der Markierungen bei suizidfreien Patienten, die aus intakten Familien stammten, an.

d) psychische Symptomatik: Stimmung, Depression, Selbstwert (Item 42, 44-47)

Alle Suizidpatienten litten an Depressionen, jedoch nur 12 suizidfreie Patienten der Kontrollgruppe (der Unterschied ist hoch signifikant). 12 Suizidpatienten hatten allgemeine Stimmungsstörungen (Kontrollgruppe: 9), 14 Suizidpatienten haben Störungen des Selbstwertgefühls an (Kontrollgruppe: 11).

Die Aufschlüsselung nach sozialer Herkunft und Familienverhältnissen ergab keine auffällige Verteilung. In der Suizidgruppe findet sich jedoch ein Unterschied der Markierungshäufigkeiten zwischen Jungen und Mädchen (statistisch nicht abzusichern): von 17 Jungen hatten 9 eine Störung ihres Selbstwertgefühls angegeben, bei den Mädchen nur 5 von 23. In der Kontrollgruppe ist diese Differenz geringer: 6 von 17 Jungen und 5 von 23 Mädchen hatten eine Störung ihres Selbstwertgefühls angegeben.

e) Verhalten: Kontakt zur Umwelt (Item 48-56)

60% (=24) der Suizidpatienten und 65% (=26) der Probanden der Kontrollgruppe hatten Kontaktstörungen (ermittelt durch Elimination von Mehrfachmarkierungen bei Item 49-51). Die Aufschlüsselung dieses Ergebnisses nach sozialer Herkunft ergibt, daß Kontaktstörungen eher ein Problem der Unterschicht sind (Kontrollgruppe). In der Suizidgruppe ist keine diesbezügliche Verteilung nachweisbar (Tabelle 32). Die Aufschlüsselung nach der Familiensituation ergibt ein leichtes, statistisch nicht abzusicherndes, Überwiegen von

Kontaktstörungen bei Kindern aus intakten Familien in beiden Gruppen.

Die genauere Analyse der einzelnen dieser Kategorie zugeordneten Items zeigt, daß ein erheblicher Anteil von Patienten beider Gruppen als 'schüchtern, verschlossen' (Suizidgruppe: 17, Kontrollgruppe: 19), als 'einzelfängerisch, mutistisch' (Suizidgruppe: 9, Kontrollgruppe: 11), als 'überangepaßt' (Suizidgruppe: 8, Kontrollgruppe: 13), bzw. 'unangepaßt' (Suizidgruppe: 7, Kontrollgruppe: 8) eingestuft wurden.

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied findet sich bei einem Item in der Kontrollgruppe: Eingepflegt, d.h. pedantisch, geizig, übermäßig sauber etc. waren 5 von 17 Jungen und kein Mädchen (5%-Niveau).

f) Verhalten: sozial auffällig (Item 57-62)

In dieser Kategorie sind die sozial "störenden" Verhaltensweisen erfaßt, d.h. Verhaltensweisen die gemeinhin von Strafsanktionen gefolgt sind: So ist "schwindeln, lügen"

bei 7 Suizidpatienten und ebenfalls bei 7 Patienten der Kontrollgruppe markiert. "Wegnehmen, stehlen" war bei 8 Suizid- und 6 Kontrollpatienten markiert, 10 Suizidpatienten aber nur 4 Patienten der Kontrollgruppe waren fortgelaufen oder hatten gebummelt. Ebenfalls 10 Suizidpatienten und nur 5 Patienten der Kontrollgruppe hatten Schule oder Arbeit geschwänzt. Tendenzen aus dem Konfliktfeld zu gehen waren also eher bei den Suizidpatienten als bei suizidfreien Patienten zu finden (statistisch nicht anzuschauen). Grob aggressiv reagierten 3 Suizidpatienten aber kein Patient der Kontrollgruppe.

Insgesamt sind die Markierungen in dieser Kategorie bei den Suizidpatienten häufiger als bei den Kontrollpatienten. Die Aufschlüsselung nach Schichten zeigt nur in der Oberschicht Unterschiede: Während sich in der Kontrollgruppe keine Markierung in dieser Kategorie fand, sind sozial auffällige Verhaltensweisen in der Suizidgruppe besonders häufig (nicht signifikant).

Durch Elimination von Mehrfachmarkierungen (Item 58-61) wurde die Zahl von Patienten ermittelt, deren Verhalten überhaupt in irgendeiner Weise als 'sozial störend' eingestuft worden war: in der Suizidgruppe waren es 18 (=45%), in der Kontrollgruppe 11 (=27,5%) der Probanden. Die Aufschlüsse-

selung dieser Zahlen nach der Familiensituation zeigt, daß 12 Kinder der Suizidgruppe, die in nicht intakten Familien aufgewachsen waren 'sozial störend' reagierte, während es in den anderen Untergruppen jeweils nur 5 oder 6 Kinder waren (Tabelle 33). Die Schichtenaufteilung zeigt das schon erwähnte Bild: häufigere Markierung sozial störender Verhaltensweisen in allen Schichten in der Suizidgruppe, besonders in der Oberschicht.

g) Sexualitätsstörungen (Item 31,63)

Sexualitätsstörungen (in Form von 'sexueller Auffälligkeit' oder 'exzessiver Masturbation') wurden bei je 4 Patienten beider Gruppen markiert. Die Patienten kamen zu gleichen Teilen aus der Unter- oder Mittelschicht und gehörten ebenfalls zu gleichen Teilen intakten oder nicht intakten Familien an.

h) Leistung (Item 64-70)

Störungen auf dem Gebiet der Leistung und Konzentration zeigt ein hoher Prozentsatz der Jugendlichen beider Gruppen: 24 (=60%) der Suizidpatienten und 20 (=50%) der Kontrollpatienten (ohne Mehrfachmarkierungen). Im einzelnen handelt es sich um Störungen des Leistungsverhaltens (plan-, ziel-, lustlos, verlangsamt, unselbständig, unaufmerksam) bei 17 Patienten (Kontrolle: 22 Patienten), um übertriebenen Ehrgeiz bei 5 Patienten (Kontrolle: 4 Patienten) und um Konzentrationsstörungen bei 8 Patienten (Kontrolle: 5 Patienten). Das wirkt sich bei 16 Patienten (Kontrolle 14 Patienten) als echtes Leistungsversagen aus (Mehrfachmarkierungen!). Die Aufschlüsselung nach Schichten zeigt eine relative Häufung der Leistungsstörungen in der Oberschicht, was sich in der Suizidgruppe etwas deutlicher nachweisen läßt als in der Kontrollgruppe. Die differenzierte Auswertung zeigt dies sehr deutlich: Leistungsverhinderung (plan-, ziellos, verlangsamt usw.) ist prozentual bei mehr Oberschichtskindern beider Gruppen zu finden als bei Kindern anderer Schichten (diese Verteilung ist für die Suizidgruppe auf dem 5%-Niveau signifikant). Nimmt man die Patienten mit Leistungsversagen und Konzentrationsstörungen in diese Auswertung hinein, so erfolgt ein gewisser Ausgleich der beschriebenen Unterschiede (vgl. Tabellen 34a+b), d.h. Patienten mit diesen Störungen rekrutieren sich fast ausschließlich aus

der Unter- und Mittelschicht.

Bei der gleichen Auswertung für intakte und nicht intakte Familien findet sich in beiden Gruppen ein unterschiedliches Bild: In der Suizidgruppe sind mehr Patienten aus intakten Familien von Leistungsverhinderungen betroffen, in der Kontrollgruppe mehr Patienten aus nicht intakten Familien. Dieses Bild homogenisiert sich bei Hinzuziehung der Daten zu Leistungsversagen und Konzentrationsstörungen: Störungen im Leistungsbereich sind nach dieser Auswertung etwas häufiger bei Patienten aus intakten Familien in beiden Gruppen. In der Suizidgruppe zeigt sich für diese Symptomkategorie ein Geschlechtsunterschied (statistisch nicht abzusichern): Konzentrationsstörungen und Leistungsversagen gaben jeweils mehr Jungen als Mädchen an.

j) Verwahrlosung (Item 71)

11 Suizidpatienten waren verwahrlosungsgefährdet, ein Patient zeigte ein manifeste Verwahrlosung (Kontrolle: 5, 2). Der Zustand der Familie hatte ebenso wie die soziale Herkunft keinen auswertbaren Einfluß auf diese Verteilung.

k) Zusammenfassung der Symptomatik

Die vorherrschende Symptomatik der Suizidgruppe läßt sich zunächst durch die bei allen Patienten nachweisbaren depressiven Verstimmungen beschreiben. Dies unterscheidet die Suizidgruppe signifikant von der Kontrollgruppe. Ferner finden sich in der Suizidgruppe eher Stimmungsstörungen, Störungen des Selbstwertgefühls (besonders bei den Jungen) sowie auch eher die durch verschiedene Verhaltensweisen angedeutete Tendenz, aus dem Konfliktfeld zu gehen (fortlaufen, Schule schwänzen), und damit zusammenhängend, mehr als 'sozial störend' eingestufte Verhaltensweisen - dies besonders bei Patienten aus nicht intakten Familien - als dies in der Kontrollgruppe der Fall ist. In beiden Gruppen ist bei fast zwei Dritteln der Patienten der Kontakt zur Umwelt, sowie bei mehr als der Hälfte der Patienten der Leistungsbereich gestört. Störungen des Leistungsverhaltens sind in der Suizidgruppe signifikant häufiger ein Problem der Oberschicht als das anderer Schichten. In beiden Gruppen fanden sich auffallend wenig Sexualstörungen. Als Besonderheit in der Kontrollgruppe imponiert die Häufung psychosomatischer Beschwerden und die ausgeprägte Angstsymptomatik bei Kindern

aus intakten Familien.

Die Nullhypothese ("Die Symptomatik von Patienten mit Suizidversuch unterscheidet sich nicht von der von Patienten ohne Suizidversuch.") muß aufgrund der erhaltenen Ergebnisse zurückgewiesen werden. Trotzdem läßt sich kein Ergebnis formulieren, das es erlauben würde, eine besondere Symptomcharakteristik von Suizidpatienten aufzustellen - dies gelingt auch nicht bei einer Differenzierung der Symptomatik nach sozialer Herkunft, Familiensituation und Geschlecht.

2.4 ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION

Die hier beschriebene Population (jugendliche Suizidanten **der oben genannten** Universitätspoliklinik) ist charakterisiert durch ein -im Vergleich zur Einzugsbevölkerung- Übergewicht an Jugendlichen aus der Mittelschicht, bedingt durch die Selektionskriterien **der** Institution, durch ein -im Vergleich zur Population der Poliklinik- Übergewicht an Mädchen und ein Vorherrschen der Altersgruppen der 15-18jährigen: 42,5% aller Suizidpatienten waren 15-18 jährige Mädchen. Diese Gruppe wurde mit einer suizidfreien gematchten Kontrollgruppe bezüglich der archivierten Daten zur Familie, zum sozialen Umfeld und zur Symptomatik verglichen. Dabei konnten keine Anhaltspunkte nachgewiesen werden, die zur Charakterisierung der sozialen Situation oder Symptomatik suizidaler Jugendlichen dienen könnten. Jedoch war jede zweite Familie in beiden Gruppen nicht intakt. Ferner zeigten die Daten zum sozialen Umfeld, daß ein erheblicher Teil aller hier erfaßten Jugendlichen unter erschwerten sozialen Bedingungen aufwuchs. Auch dabei wurde keine statistisch nachweisbare Benachteiligung der suizidalen Jugendlichen gefunden. Am deutlichsten läßt sich die Suizidgruppe durch die Symptomatik der Jugendlichen beschreiben: Alle Suizidanten litten unter depressiven Verstimmungen, sie hatten außerdem eher Störungen des Selbstwertgefühls und zeigten häufiger abweichende Verhaltensweisen als nicht-suizidale Jugendliche. Störungen im Kontakt zur Umwelt fanden sich bei zwei Dritteln aller untersuchten Jugendlichen, die Hälfte hatte Störungen im Leistungsbereich. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den eingangs aus der

Literatur abgeleiteten Aussagen, so konnten wir die Alters- und Geschlechtsverteilungen suizidaler Populationen für unsere Population bestätigen. Nicht bestätigen konnten wir jedoch auf dem durch unsere Daten erreichten Differenzierungsniveau, daß sich durch die Beschreibung der Familie, des sozialen Umfeldes oder der Symptomatik suizidale Jugendliche signifikant von nicht-suizidalen in der Poliklinik vorgestellten Jugendlichen so differenzieren lassen, daß sich praktische therapeutische oder prophylaktische Konsequenzen ergeben würden. Es gibt somit keine statistisch nachweisbare Vorhersageverbesserung bezüglich der Variablen Suizid - Nicht-Suizid mit Kenntnis anderer Variablen.

Eindeutig geht aus der Untersuchung hervor, daß "broken-home"-Häufigkeit oder bestimmte Symptommäufungen keinesfalls zur Beschreibung suizidaler Populationen ausreichen. Ob eine solche Beschreibung auf einem differenzierteren Datenniveau erreichbar ist, muß dahingestellt bleiben.

Eine Differenzierung, die allerdings durch Retrospektivstudien dieser Art nicht zu gewinnen ist, wäre wegen des Anstiegs der Suizidhäufigkeit dringend erforderlich.

Ausgehend von dem Ergebnis dieser Studie sollen die in der Literatur beschriebenen Untersuchungen unter folgenden Gesichtspunkten durchgesehen werden: Wie unterscheiden sich die Untersuchungsergebnisse anderer Autoren von den eigenen? Wie gut sind sie -etwa durch Kontrollgruppen o.ä.- abgesichert? Welche neuen Aussagen lassen sich durch welche Differenzierungen des jeweils erhobenen Datenmaterials gewinnen? Wo lassen sich in der nicht suizidspezifischen Literatur Ansätze finden, aus denen sich für die Suizidforschung neue Aspekte entwickeln lassen? Durch diese Vorgehen gelang es, einige neue Wege zur Lösung wesentlicher Fragen zur Suizidalität anzudeuten.

B THEORETISCHER TEIL

I SUIZIDBEGÜNSTIGENDE FAKTOREN

1. FAMILIENSTRUKTUR: ZUM PROBLEM DES BROKEN-HOME

1.1 AUSSAGEN DER LITERATUR ZUM BROKEN-HOME

1.1.1 Definition: broken-home

Einer der am häufigsten aufgeführten suizidbegünstigenden Faktoren ist das 'broken-home': es wird nur in wenigen Arbeiten definiert, was eigentlich darunter verstanden werden soll; das führt dazu, daß dieser Begriff offensichtlich für eine teilweise beträchtliche Anzahl pathogener Einflüsse steht, die dann im einzelnen nicht mehr zu differenzieren sind.

Vorliegende Definitionen des 'broken-home' sind unterschiedlich: während z.B. BRÜHN (bei STENGEL, 1969, S.40) eine zerbrochene Familie durch "Abwesenheit oder Verlust eines Elternteils oder beider Eltern infolge Todes oder einer länger als jeweils sechs Monate dauernden Trennung aufgrund ehelichen Zerwürfnisses, bevor der Patient fünfzehn Jahre alt ist", eingrenzt, rechnet etwa AMARK (bei REMSCHMIDT, DAUNER, 1971) unter "broken-home-Faktoren": "uneheliche Gebürtigkeit, Getrenntleben der Eltern, Verlust eines oder beider Elternteile durch Tod oder Trennung vor Vollendung des 15. Lebensjahres, mehrjähriges Getrenntleben der Eltern, Belastung des Kindes durch ernsthafte Konflikte oder ausgesprochene Stresssituationen einschließlich psychischer Krankheiten, Alkoholismus und dissozialer Verhaltensweisen der Eltern." Für eine statistisch abgesicherte Differenzierung der kindlichen Lebensumstände der Suizidanten ist ein Viel-Faktoren-Begriff wie 'broken-home' nicht brauchbar und sollte für solche Zwecke zugunsten im einzelnen spezifizierter Faktoren aufgegeben werden.

1.1.2 Häufigkeit von 'broken-home'-Situationen

a) Untersuchungen ohne Vergleichsgruppe: Die Angaben verschiedener Autoren zeigen in den anamnестischen Angaben jugendlicher Suizidanten eine auffällige Häufung einer

gestörten kindlichen Entwicklung: "Nach übereinstimmenden Angaben mehrerer Autoren (SCHACHTER und COTTE, BAADER) finden sich bei 75-80% ihrer Untersuchten schon äußerlich gestörte Familien". (ZUMPE, 1959, S. 225). Sie selbst fand bei ihren 40 Patienten fast nur dort harmonische Familien, wo das Kind wegen schwerer Krankheit Suizid begangen hatte. WAAGE (1966) fand bei 18 Patienten: "Es bleiben somit nur vier geordnete Familien mit einigermaßen normalen Erziehungsbedingungen übrig." (S. 4) GEISLER (1953) über 4 Patienten: "Alle hier geschilderten Kinder kamen aus Familienverhältnissen voll innerer Reibung und auch Brutalität." (S. 215) TUCKMAN und CONNOR (1962) schreiben über die Familien von 100 Suizidpatienten: "It seems reasonable to say that the families in this study have had greater contact with welfare agencies than most families... At the time of the attempted suicide almost one-half (47%) of the cases were from homes broken by separation, divorce or death by one or both parents." (S. 231) DUCHE (1968) gibt an, daß nur 33,5% seiner Suizidanten aus "normalem Milieu" stammten.

Die Absicherung der Aussagen zum 'broken-home' mit Hilfe von Kontrolluntersuchungen erfolgt nur selten - selbst die Ergebnisse OTTOs (1964), die er aus einer Population von 1725 Probanden gewann, unterliegen deshalb gewissen Einschränkungen. Er fand: "Noteworthy home conditions such as alcoholism in one parent were found in 14,6%, noteworthy mental conditions in one parent in 27,6%, and inadequate conditions of home and growth in 43,2%." (S. 402). DORPAT et al. (zit. bei JACOBS, 1974, S. 127) fanden bei einem Überblick über die psychiatrische Literatur, daß in den einzelnen Untersuchungen zwischen 38 und 84% der Suizidversuchspatienten aus zerrütteten Familien kamen: "Alle Gruppen von untersuchten Suizidversuchen waren streng ausgewählte Gruppen und es wurden keine Daten für Kontrollgruppen angegeben" (DORPAT). Eine Zusammenstellung von HOLTZEM (1972) zeigt Prozentangaben für 'broken-home'-Anteile von 20 bis 92% (Extremwerte aus Gruppen mit hohem oder ausschließlichem Psychoseanteil). Auch in dieser Auflistung von 32 Arbeiten sind nur für 4 Untersuchungen Kontrollgruppen angegeben.

b) Untersuchungen mit Vergleichsgruppen: Die Untersuchungen mit Kontrollgruppen sind einerseits selten, andererseits betreffen die kontrollierten Daten häufig nur sehr spezielle Fragestellungen. So vergleicht z.B. SCHÄFFER (1970) suizidale und nicht-suizidale Aggressionstäter (nur 8% Jugendliche) zur Ermittlung der Entstehungsbedingungen verschiedener Aggressionsformen und findet: "Signifikant ist, daß die familielle Belastung bei dem später als suicidauffällig bekannten Personenkreis höher ist als bei den "einfachen" Aggressionstätern... Die Elternehe der Suizidgruppe wurde ...signifikant häufiger als schlecht geschildert." (S.19,21) Noch speziellere Ergebnisse erhielt HILL (1969) bei Testuntersuchungen; er fand, daß Eltern von suizidalen Jugendlichen das geringste Einfühlungsvermögen (parental empathy capacities) im Vergleich zu einer emotional gestörten aber nicht-suizidalen und zu einer "normalen" Vergleichsgruppe zeigten. Die Gruppe emotional gestörter Patienten lag in den Ergebnissen zwischen der Suizid- und der Normalgruppe. Eine analoge Verteilung des Einfühlungsvermögens zeigte sich entsprechend bei den Jugendlichen. Aus dieser Untersuchung lassen sich nur indirekt Aussagen zur Familiensituation selbst ableiten, als wesentlich stellt sich jedoch hier das fehlende Erlebnis elterlicher Zuwendung bei den Suizidpatienten dar.

Genauere Aussagen ermöglichen folgende Untersuchungen: STANLEY und BARTER (1970) verglichen jugendliche Suizidpatienten mit einer psychiatrisch kranken Kontrollgruppe ("no history of suicidal behaviour"): "As a result of our study we feel less certain about the specificity of these factors (parental loss, social isolation, precipitating crisis, d.Ref.) to suicidal adolescent. We believe that these are characteristics of emotionally disturbed adolescents in general." (S.94) In einer Vorstudie (193 Patienten) zu einem "Instrument for evaluating suicide potential" von COHEN (1966) findet sich "history of broken-home" sogar in der Kategorie "not in the predicted direction" - nicht im Sinne der erwarteten Erhöhung des suizidalen Potentials (S.886, andere Ergebnisse dieser Vorstudie siehe Tabelle 36).

TABELLE 36

Factors studied

in the predicted direction	not in the predicted direction
sex, race, age	employment status
marital status	living arrangements
place of residence	transiency (six month or less at present address)
method of suicide attempt.	suicide note
state of consciousness as the result of the self-destr.act)	homosexuality
previous psychiat. hospit.	illegitimate pregnancy
previous suicide attempt	history of broken-home
poor physical health	foreign born
Alcoholism, drug addiction	
delinquency	
recent loss	

aus: COHEN, MOTTO, SEIDEN: An instrument for evaluating suicidal
potential [Tabelle 1]

Um diese zu den unter 1.1.2a zitierten Arbeiten teilweise widersprüchlichen Ergebnisse zur Bedeutung des 'broken-home' in der Suizidgenese einschätzen zu können, ist der dem Ergebnis STANLEY und BARTERS sehr ähnliche Ansatz JACORS (1974, S.126ff.) vielversprechend: JACORS postuliert, daß das traumatische Erlebnis einer zerrütteten Familie nur als Teil eines Prozesses auf dem Weg zu suizidalen Verhaltensweisen Bedeutung haben kann, d.h. es muß darauf geachtet werden, "wann (es) auftrat bzw. wieder auftrat, und nicht nur ob (es) vorhanden ist oder nicht." (S.129) In seiner eigenen Untersuchung fand JACORS sowohl in der Gruppe mit Suizidversuch als auch in der Kontrollgruppe hohe Anteile mit 'broken-home'-Erlebnissen (71%, 53%), jedoch "hatte die Kontrollgruppe seit Beginn der Jugendzeit ein stabiles Familienleben gehabt, Die Suizidenten jedoch nicht." (S.128)

Die genetische Bedeutung des Traumas "zerrüttete Familie" ist also nur durch die -durch Vergleichsgruppen kontrollierte- Erfassung seiner chronologischen und bedeutungsmäßigen Stellung im Entwicklungsprozeß zum Suizid erfassbar, eine Tatsache, die sich auch durch die Ergebnisse der eigenen Untersuchung andeutet, die zeigt, daß auf einer im oben genannten Sinn nicht differenzierten Ebene keine eindeutigen Abhängigkeiten von suizidalem Verhalten und äußerlich nicht intakten Familienverhältnissen nachweisbar sind.

1.1.3 Bewertung der Aussagekraft der Untersuchungen

'Broken-home' im Sinne äußerlich zerbrochener Familien ist also nicht suizidspezifisch, es ist weder eine unbedingte noch eine hinreichende Bedingung für die Entstehung suizidalen Verhaltens. Die Zweifel an der Aussagekraft vieler kausaltischer Arbeiten gründen sich -neben den erwähnten Untersuchungsergebnissen- wesentlich auf zwei Beobachtungen:

1. Kontrolluntersuchungen zeigen auch in nicht-suizidalen Populationen hohe Anteile an 'broken-home'-Situationen. So gleicht z.B. auch die Beschreibung von suizidbegünstigenden Socialisationsbedingungen der für die Entwicklung anderer Symptome gegebenen Beschreibung, etwa der für "Fortlaufen": "Im Familienbild sind abnorme Persönlichkeiten, in der Kindheitsentwicklung broken-home Situationen auffallend häufig. Eine ungestörte Kindheitsentwicklung kommt fast

niemals vor." schreibt MEYER (1967, S.30/31). Entsprechendes findet sich z.B. bei DÜHRSSSEN (1954) über "neurotische Verwahrlosung" (S.153). Den Beweis für die fehlende Aussagekraft solcher Beschreibungen erarbeitete ZUMPE (1959) mit 34 Katamnesen: "Ein für uns besonders eindrucksvolles Ergebnis der Beobachtung war die Tatsache, daß eben die Bindungslosigkeit dieser Patienten sie nicht nur hinsichtlich weiterer Suizidversuche, sondern ganz allgemein im Sinne einer zunehmenden Verwahrlosung gefährdete." (S.223) Auch LÖWNAUS (1970) Überlegungen weisen auf die anamnestiche Gleichheit suizidaler und nicht-suizidaler als gestört zu bewertender Verhaltensweisen hin: Es ergab sich, daß "drei Möglichkeiten des Abfangens suicidalen Impulse am häufigsten waren:

1. das Fortlaufen, 2. der psychogene Ausnahmezustand, 3. die psychogene Ebstörung." (S.166) Es wird deutlich, daß Suizid und zahlreiche andere gestörte Verhaltensweisen verschiedene Reaktionen auf die gleichen pathogenen Einflüsse in der Kindheit, nämlich emotionale Mangelerscheinungen, sein können (vgl. HARTMANN, 1970, S.169). Ob es spezielle pathogen wirksame Konstellationen gibt, die statt zu anderer Symptomatik eher zu suicidalen Verhalten führt, wäre nur durch umfangreiche Vergleichsuntersuchungen zu klären. Solche liegen nur - wie gezeigt - in Ansätzen vor.

2. Was unter "harmonischer Familie" (ZUMPE, 1959), unter "normal child-parent relationship" (WALLACE, McCULLOCH, PHILIP, 1972) oder unter "normalem Milieu" (DUCHE, 1968) verstanden werden soll, ist ebenso selten problematisiert, wie sich Überlegungen zur eventuellen Pathogenität solcher "Normalzustände" finden. Der Fehler bürgerlicher Sozialisationsforschung, von der Mittelschichtsozialisation ausgehend Normen zu definieren (bes. eindeutig etwa bei CAESAR, 1972, nachzulesen), hat offensichtlich in der Suizidforschung bei der Verständigung über das, was eine "normale Familie" sein soll, seinen Ausdruck gefunden. So deutet JACOBS (1974) nur vorsichtig an, daß das Erlebnis einer zerbrochenen Familie nicht an äußerlich zerbrochene Familien fixiert sein muß: "Könnte nicht der Jugendliche den 'Verlust eines Liebesobjektes' erleben, selbst wenn ein oder beide leibliche Eltern anwesend sind?" (S.130)

Eine detaillierte Beschreibung und Problematisierung der "normalen" Eltern-Kind-Beziehung scheint notwendig, um Ergebnisse zur Pathogenität "gestörter" Eltern-Kind-Beziehungen in ihrer Bedeutung für die Entstehung suizidalen Verhaltens besser einschätzen zu können.

1.1.4 Zusammenfassung der Aussagen der Literatur

Aussagen zur Rolle von zerbrochenen Familien in der Genese von suizidalen Verhaltensweisen nehmen in den meisten Arbeiten zu dieser Thematik einen wichtigen Platz ein. Fast alle Untersuchungen zeigen einen recht hohen Anteil an 'broken-home'-Situationen in der Entwicklungsgeschichte von Suizidpatienten. Diese Aussage allein hat jedoch noch wenig Relevanz, da auch als Kontrollgruppen herangezogene Gruppen von Patienten mit anderen psychischen Störungen hohe 'broken-home'-Anteile aufweisen. Nach vorsichtiger Bewertung der mit Kontrollgruppen vorgenommenen Untersuchungen scheint es so zu sein, daß ein früher Beginn der 'broken-home'-Situation und deren Fortbestehen und eventuelle Verschärfung die Situation der Suizidpatienten charakterisiert. In dieser Aussage ist der Begriff 'broken-home' wegen fehlender und unterschiedlicher Angaben der Autoren nicht durch exaktere Angaben zu ersetzen.

Die häufig unzureichend differenzierten Vorstellungen einer "harmonischen Familie" machen es zur Relativierung der Aussagen über zerbrochene Familien notwendig, die Rolle, Funktion und Situation von Familien in unserer Gesellschaft näher zu untersuchen und auf etwa schon "normalerweise" vorhandene Pathogenität zu prüfen. Damit soll gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Genese suizidalen Verhaltens in äußerlich intakten Familien geleistet werden.

Im folgenden Kapitel wird deshalb die Abhängigkeit familiärer Strukturen und Interaktionen von gesellschaftlichen Faktoren kurz skizziert, um anschließend die Beziehung zwischen Kinderfeindlichkeit und suizidalem Verhalten analysieren zu können. Erst auf dem Boden einer solchen Analyse scheint die Einschätzung der Bedeutung äußerlich zerbrochener Familien für die Genese suizidalen Verhaltens sinnvoll.

1.2 VERSUCH EINER NEUBESTIMMUNG

1.2.1 Familie und gesellschaftliches Umfeld

Wesentliche Parameter, die eine Familie charakterisieren, sind von der sozialen Situation der Familie und ihrer Mitglieder abhängig: unzureichende Wohnverhältnisse, unbefriedigende und entfremdete Arbeitsbedingungen, drohende Arbeitslosigkeit etc. provozieren zwangsläufig den Verlust von harmonischen Familiensituationen, den Verlust von aufgeglichenen Beziehungen der Familienmitglieder untereinander, der emotionalen Zuneigungen sowie entsprechender Interaktionen. Im sozialen Umfeld der Familie sind also Faktoren denkbar, die zu tiefgreifenden Störungen kommunikativer Prozesse in der Familie führen und die als Ursache für verschiedene Formen von Kommunikationsstörungen im weitesten Sinne vermutet werden müssen, als Ursache für Alkoholismus, Drogenabusus, Gewalttätigkeit, Suizidalität etc. Diese Kommunikationsstörungen nehmen teilweise bedrohlich zu. Es ist sicher gerechtfertigt zu argumentieren, daß fortschreitende Industrialisierung und Technisierung eine zunehmende Anonymität menschlicher Beziehungen und damit Störungen der Interaktion bedingen. Diese Abhängigkeit ist jedoch nur scheinbar eine direkte: die Entwicklung von Interaktionen gleich welcher Art bewegt sich nicht im sozial beziehungslosen Raum. Ihre Formen sind bedingt durch die ökonomische Situation der Gesellschaft im Allgemeinen, der Familie und der Individuen im Besonderen. Die für eine kapitalistische Gesellschaftsstruktur typischen Interaktionsformen sind für wesentliche Bereiche durch Besitzansprüche (vgl. Eherecht, Elternrecht, wo Besitzansprüche auf Menschen institutionalisiert sind) und durch Konkurrenzsituationen gekennzeichnet, d.h. letztendlich durch antisoziales Vorteilsdenken, Geltungsdrang etc. einerseits, andererseits durch Angst, Anpassung und Unterordnung (zu dieser hier nur skizzierten Ableitung vgl. BECK, 1973, BRUCKNER, 1972, CARUSO, 1972, DUHM, 1972, MARCUSE u.a., 1968). Diese Charakteristika zwischenmenschlicher Beziehungen müssen sich auch in der Familie widerspiegeln, da die Kleinfamilie die Funktion der Reproduktion und Vermittlung nicht nur der Herrschaftsformen und ihrer entsprechenden Moral und Ideologie, sondern auch der grundlegenden Kommunikations- und Interaktionsformen erfüllt (vgl. dazu BECK, 1973, CAESAR, 1972, MILHOFFER, 1973).

Die Beachtung dieser Abhängigkeiten und ihrer Auswirkungen auf kommunikative Prozesse ist erforderlich, ehe Aussagen zum Einfluß unterschiedlich "stabiler" und "intakter" Familien auf suizidale Verhaltensweisen getroffen werden. So schrieb HOERNIG 1929: "Die unlösliche Spannung, die der Kapitalismus in der zu eng gewordenen Familie hervorruft, kommt auch in der Kriminal- und Selbstmordstatistik zum Ausdruck..., die nicht seltenen Selbstmorde von Schülern sind zum größten Teil eine Folge dieser inneren Widersprüche und Spannungen, zu denen äußere Not, Erwerbslosigkeit oder Krankheit hinzutreten." (S.49) Solche Denkansätze sind in der Suizidforschung bis heute nicht aufgenommen worden: systematische Untersuchungen auf gesellschaftliche Zusammenhänge bei suizidalem Verhalten besonders zur Relativierung der Aussagen zur Rolle der Familie in der Genese des Suizids fehlen. In der nicht auf die Untersuchung des Suizids spezialisierten Literatur werden jedoch durchaus solche Zusammenhänge gesehen (z.B. DUIM, 1972, S.8, SETERL, 1973, S.123ff.).

Diese nur thesenhaft beschriebenen Zusammenhänge von Interaktion in Familie und Gesellschaft sollen nun an dem für die in dieser Arbeit behandelte Thematik relevantesten Teilbereich, nämlich an der Situation der Kinder in unserer Gesellschaft und an der Charakteristik von Interaktionen mit ihnen verdeutlicht und konkretisiert werden, da sich **hierfür** die Beziehung von bestimmten Interaktionsformen zur Genese suizidalen Verhaltens am ehesten plausibel machen läßt.

1.2.2 Kinderfeindlichkeit - Familie - Suizid

In einer Analyse verschiedener Untersuchungen und umfangreicher Zahlenmaterialien zur Situation von Kindern in unserer Gesellschaft konnten wir zeigen (PETRI, LAUTERBACH, 1975) welch groteskes Mißverhältnis besteht zwischen dem -von Grundgesetz und Bundesverfassungsgericht definierten- Recht des Kindes auf Menschenwürde, auf Entfaltung seiner Persönlichkeit und auf Schutz durch den Staat und den täglich praktizierten offenen und versteckten Formen inner- und außerfamiliärer Gewalt und Feindseligkeit gegen Kinder. Das Ergebnis dieser Feindseligkeit läßt sich als eine Bilanz des Schreckens durch alle Statistiken verfolgen: tote und verkrüppelte Kinder durch Straßenverkehr und mangelnde ärztliche

Versorgung, besonders durch mangelnde Schwangerschaftsfürsorge und Geburtshilfe; fehlende Spielplätze und fehlende Kinderartenplätze, beengte Wohnverhältnisse (vgl. BLEUEL, 1971), aber auch rigide, einschränkende und unterwerfende Erziehungsziele, -strategien, -praktiken, die die Zwänge widerspiegeln, denen sich die Eltern im Berufsleben und im Alltag zu unterwerfen haben: sie werden besonders in der Erziehungshaltung der Eltern deutlich, "insbesondere darin, welchen Stellenwert das Kind im Leben der Eltern einnimmt, welche Ideale und Ziele durch die Erziehung verfolgt werden sollen, welche Erziehungspraktiken zu ihrer Durchführung ergriffen und welche Rechte dem Kind zugestanden werden." (PETRI, LAUTERBACH) Die Analyse des zum Beweis dieser Hypothese verfügbaren Materials zeigte: Kinder werden in der Überwiegenden Mehrzahl der Fälle physisch und psychisch gestraft und gezüchtigt und als "Spitzenleistung" gefordert und getötet. "Die Marterung der Kinder (sie kann auch moralisch erfolgen) ist der durchschlagende Erfolg der moralistischen Bemühungen einer unterdrückenden Gesellschaftsordnung. Wenn das Kind, so wie es ist, durch die Familie nicht akzeptiert wird (und wie kann es im Rahmen unserer Gesellschaftsstruktur wirklich akzeptiert werden?) wird es symbolisch getötet: 'Du bist nicht eigentlich, der du sein sollst', also bist du eigentlich nicht; 'du solltest nicht sein, der du jetzt bist', also solltest du eigentlich nicht sein, deine Existenz ist unerwünscht." (CARUSO, 1972, S. 31/32) Diese grundsätzliche Erfahrung, nicht akzeptiert zu werden, muß -folgt man den von uns ausgewerteten Materialien zur Eltern-Kind-Beziehung, zur Häufigkeit bestimmter Erziehungsstile, zu den von Kindern erfragten Folgen der Erziehungshaltung ihrer Eltern- als Erfahrung der überwiegenden Mehrheit der Kinder der BRD angenommen werden.

Erschreckend deutlich wird die Relevanz von Gewalt, Ablehnung und Feindseligkeit für die Genese suizidalen Verhaltens, wenn man CARUSOs in keiner Weise auf Suizidalität abzielenden Analyse Aussagen aus Arbeiten zur Suizidalität gegenüberstellt. So schrieb FEDERN (1928/29): "Kaum jemals bringt sich jemand um, solange eine Person, die er liebt, ihn, so wie er ist, am Leben erhalten haben will, und das unter allen Bedingungen."

(S.388, Hervorhebung von M.L.). Von SHRUT und MICHELS (1969) stammt die Aussage: "Lack of intrafamilial communication and irreconcilable isolation were keenly felt. Verbal and nonverbal cues toward suicide are then perceived by the adolescent in attitudes of parents or other meaningful adults which are summarized in statements such as 'Everyone would be better off if you weren't around'".(S.244)

Die Gegenüberstellung der Zitate aus verschiedenen Untersuchungen soll zeigen, daß kindliche Erfahrungswerte wie das Nicht-Akzeptiertwerden, das Ungeliebtsein, sowie die offenen und verdeckten Mitteilungen der Zurückweisung bei Nichteinhaltung rigider Normen seitens des Kindes einerseits ein Zustand sind, der für die überwiegende Mehrzahl der Kinder unserer Gesellschaft angenommen werden muß, andererseits ein Faktor sind, der als wesentlich für die Entstehung suizidalen Verhaltens beschrieben wird. Das Akzeptieren ihrer Kinder, so wie sie sind, wird den Eltern jedoch nicht gelingen, solange es zur Erhaltung dieser Gesellschaftsstruktur notwendig ist, "statt eines autonomen, ich-starken, entscheidungsfähigen, produktiv arbeitenden, gefühlsmäßig differenzierten, bindungsfähigen und kreativen Menschen einen zu machen, der alles mitmacht, was mit ihm gemacht wird, der eigenes Fühlen und Wollen aufgeben hat."(PETRI, LAUTERBACH) und solange die Eltern selbst keine alternativen Lebensformen erfahren.

Gesellschaftliche Strukturen wirken über die ihnen entsprechenden Interaktionsformen, die die Eltern mit praktizieren, direkt auf die Genese von Kommunikationsstörungen, deren eine Form -wie später abzuleiten ist- suizidales Verhalten darstellt. Ort dieses Vorgangs ist wesentlich die Familie. Das heißt aber, daß die einfache Feststellung von "unharmonischen Familien" in den Anamnesen von Suizidanten für kausale und prophylaktische Überlegungen nicht ausreicht. Mangel an bedingungsloser Liebe, an Geborgenheit und Akzeptiertwerden ist kein Charakteristikum allein für Familien von Suizidanten: es muß sogar bezweifelt werden, ob die Kleinfamilie -von privilegierten Ausnahmen abgesehen- in der spätkapitalistischen Gesellschaftsordnung überhaupt die Bedingungen für eine harmonische Kindheitsentwicklung

schaffen kann. Hier zeigt sich die Beschränkung isolierter Analysen zur Suizidalität, die gesellschaftliche Dimensionen ausklammern: es wird nur selten berücksichtigt, daß die für die Suizidalität beschriebenen sozialen Konstellationen in unerwartet hohem Maße als für unsere Gesellschaft charakteristisch nachzuweisen sind.

Die versuchte Neubestimmung meint also, daß als Hintergrund jeder Überlegung zur Suizidalität die beschriebenen Formen von Feinseligkeit, Gewalt sowie die tiefgreifenden Interaktions- und Kommunikationsstörungen in ihrer suizidogenen Relevanz beachtet werden müssen, um in der Zukunft zu therapeutischen und prophylaktischen Aussagen zu kommen.

2. SUIZIDEGÜNSTIGENDE FAKTOREN IN DER STELLUNG DES SUIZIDANTEN IN SEINEM SOZIALEN UMFELD

In diesem Kapitel sollen ausgehend vom Problem der interpersonellen Wahrnehmung verschiedene für die Interaktion des Suizidanten mit seiner Umwelt wesentliche Aspekte untersucht werden. Es geht dabei insbesondere um Probleme der Schichtzugehörigkeit, der sozialen Isolierung und des Selbstwerterlebens, sowie um Probleme der postsuizidalen Interaktion.

2.1. BEZIEHUNG SUIZIDANT - UMWELT

2.1.1 Interpersonelle Wahrnehmung

Die Parameter soziale Isolierung versus Integration, Ablehnung versus Anerkennung und Akzeptierung sowie emotionale Kälte versus emotionale Zuneigung bestimmen wesentlich die Beziehung des Suizidanten zu seiner Umwelt. Alle Beziehungsparameter haben als Ausgangspunkt die Grundprinzipien der interpersonellen Wahrnehmung: Das Verhalten eines Menschen führt nicht direkt zu einer Erfahrung bei einem anderen, es unterliegt zunächst der Wahrnehmung und Deutung und damit der Interpretation. Aufgrund dieses Prozesses ist jeder bemüht zu erraten, was für ein Bild sich andere von ihm machen. Ferner versucht er, bei anderen ein bestimmtes Bild von sich zu induzieren. Er vergleicht dann seine Selbstidentität, d.h. sein Bild von sich selbst, mit seiner Metaidentität, d.h. seinem Bild vom Bild der anderen von ihm

(vgl. LATING 1971). Wird das Bemühen, sich der Umwelt auf bestimmte Art darzustellen, fortlaufend oder in wichtigen Punkten frustriert, so können Reaktionen folgen wie: 'Keiner versteht mich - keiner erkennt mich an - keiner ist bereit mich so zu akzeptieren wie ich bin, d.h. wie ich mich sehe.' (Das würde etwa der oben zitierten Formulierung FEDERNS entsprechen.)

Diese Grundprinzipien erfahren in unserer Gesellschaft Spezifizierungen, die die oben erwähnten Parameter schon a priori zur Seite der sozialen Isolierung, Ablehnung und emotionalen Kälte tendieren lassen und die damit entscheidende Bedeutung für die Suizidalität dieser Gesellschaft haben: "Die Menschen haben Angst voreinander, wobei der jeweils andere als Vertreter einer entfremdeten, übermächtigen und feindlichen Welt erscheint, als personifiziertes Gesetz, als Ausübender einer anonymen Richtergewalt." (DUHM, 1972, S.55) Der andere, bei dem jeder -wie oben beschrieben- ein Bild von sich induzieren will, wird deshalb angstvoll erlebt, weil das zu induzierende Bild nicht das wirkliche Ich sein kann: um Anerkennung und Akzeptierung zu finden, muß das Bild den Wertvorstellungen der kapitalistischen Leistungsgesellschaft entsprechen. Diese Wertvorstellungen wiederum sind abhängig von den Strukturprinzipien dieser Gesellschaft: Herrschaft, Leistung, Konkurrenz, Entfremdung haben zur Folge, daß das darzustellende Bild von sich selbst zur "Charaktermaske" (DUHM) wird, mit der die Anerkennung und Akzeptierung der anderen erlangt werden muß. DUHM hat abgeleitet, daß auch die zwischenmenschlichen Beziehungen den Tauschprinzipien der kapitalistischen Gesellschaft gehorchen, daß sie Warencharakter haben: ich gebe bestimmte Eigenschaften, Leistungen usw. und erhalte dafür Anerkennung, Akzeptierung, soziale Integration und u.U. emotionale Zuwendung. "Wo menschliche Solidarität zerrissen ist durch Warenbeziehungen, da treten Sympathie und Liebe auf als käufliche Werte, die man sich durch den Einsatz bestimmter Verhaltenstechniken (Charaktermasken) verdienen kann. Wo aber Liebe und Sympathie erst verdient werden müssen, da ist die ständige Angst vor dem Liebesverlust und die ständige Bedrohung durch die fordernde Umwelt." (DUHM, 1972, S.41) Wenn aber -glaubt man der Suizid-

literatur- das Ausmaß an Anerkennung, Integration und emotionaler Zuneigung, die jemand in seiner Beziehung zur Umwelt erfährt, wesentlich ist für eine u.U. anstehende Entscheidung für oder gegen einen Suizid (SADGER 1928/29 formulierte alternativ: "Niemand gibt das Leben auf, der nicht die Hoffnung auf Liebe aufgeben mußte!" S.473), so muß der "Normalzustand" der Interaktion in unserer Gesellschaft als grundsätzlich suizidfördernd angesehen werden.

2.1.2 Identität und Selbstwerterleben

Die beschriebenen Grundprinzipien interpersoneller Wahrnehmung und ihr Spezifizierung für unsere Gesellschaft bedingen über die Parameter Akzeptierung versus Nichtakzeptierung usw. das Selbstwerterleben der Individuen. Selbstwerterleben ist eine Funktion der Beziehung eines Individuums zu seiner Umwelt. Die Bedeutung eines gestörten Selbstwertlebens für die Entstehung suizidalen Verhaltens wird in den zwei dynamischen Grundkonstellationen, die von VENZLAFF (1968) als typische Suizidanlässe beschrieben werden, deutlich: "1. Zusammenbruch tragender mitmenschlicher Beziehungen, 2. Die Frustration der individuellen Wert- und Prestigeproblematik." (S.273)

Die Selbstwertproblematik findet, wegen ihrer Bedeutung für die Genese des Suizids häufig, wenn auch unter verschiedenen Auslegungen des Begriffs Beachtung, so daß zunächst eine Begriffsbestimmung nötig ist: Während die bei VENZLAFF vorrangig betrachteten Werte im Sinne eines Erlebens von Wertschätzung und Hochachtung durch die Umwelt stehen, werden sie etwa bei THOMAS (1967) unter dem Zeichen von Wertordnungen, von höheren Werten und von den die Lebensaufgabe bestimmenden Hochzielen behandelt. Zur besseren Klärung des Begriffs scheint daher die Unterscheidung zwischen der Identität des Individuums etwa im Sinne ERIKSONs (1966: "Der Begriff 'Identität' drückt...eine wechselseitige Beziehung aus, als er sowohl ein dauerndes inneres Sich-Selbst-Gleichsein wie ein dauerndes Teilhaben an bestimmten gruppenspezifischen Charakterzügen umfaßt." S.124) und der Identifikation mit standardisierten Wertvorstellungen und -maßstäben gleich welcher Art notwendig. Auf diese Weise ist die für den Suizid wichtige Bestimmung labiler Umweltbeziehungen möglich, die

in der Folge fortlaufender und drohender Frustrationen der Versuche, Anerkennung zu erlangen, auftreten können. VENZLAFF meint diese Unterscheidung, wenn er schreibt, daß die "inneren Verordnungen oft gar nichts mit inneren 'Werten' zu tun haben, sondern als starres Korsett aus Konventionen, Überansprüchen und mißlungenen Identifikationsversuchen die fehlende innere Eigenständigkeit ersetzen." (S.273) Wir haben diesen Vorgang unter dem Begriff "Charaktermaske" als für angstvolle Umweltbeziehungen bezeichnend kennen gelernt.

Selbstwert- oder Identitätsgefühle können also nur dann dauerhafte Tragfähigkeit haben, wenn entsprechende verstärkende Reaktionen der Umwelt erfolgen. "Das sich bildende Identitätsgefühl (...) wird unbewußt als psychosoziales Wohlbefinden erlebt. Die erkennbarsten Begleitumstände sind das Gefühl, Herr seines Körpers zu sein, zu wissen, daß man 'auf dem richtigen Weg' ist, und eine innere Gewißheit, der Anerkennung derer, auf die es ankommt, sicher sein zu dürfen." (ERIKSON, 1966, S.147) Ist dieses Identitätsgefühl nicht erreichbar, so resultiert ein angstvoller Zustand, der von ERIKSON als Ich-Diffusion bezeichnet wird: "Es ist eine Zersplitterung des Selbstbildes eingetreten, ein Verlust der Mitte, ein Gefühl der Verwirrung und in schweren Fällen die Furcht vor völliger Auflösung." (S.154, Anm.6) Angesichts eines solchen Zustandes bietet sich der Versuch einer sekundären Stabilisierung durch Anklammerung an vorgegebene Normen, Werte, Rollen oder Personen an.

Da sich Identitäten erst in der Reaktion der Umwelt vollenden, sind die Erwartungen, die die Umwelt an das Erscheinungsbild, grob: an die Rolle, also auch an die Identität des Einzelnen stellt, wesentlich für die Chance des Individuums Anerkennung zu erhalten. Die Rolle, die am ehesten den psychodynamischen, sozialen und ökonomischen Determinierungen und davon abhängig den Erwartungen der Umwelt entspricht, wird am leichtesten zu einer Akzeptierung führen. D.h. es sind Situationen denkbar, in denen Einzelne in Rollen gedrängt werden. Im großen Rahmen geschieht das bei der Zuschreibung von Klassenmerkmalen. RICHTER (1969) hat solche Prozesse aber auch als für die Familiendynamik wesentlich beschrieben (Kinder als Gattensubstitut, als Sündenbock, Schwächling etc.).

Gesellschaftliche Stigmatisierungen von Randgruppenmitgliedern (psychisch Kranken, Delinquenten etc.) als "Arbeits-scheue", "Säufer", "Hilfsschüler" und dergleichen mehr haben bei den Betroffenen, besonders wenn sie ohnehin Sozialisations-schäden oder -defizite aufweisen, sicher den Effekt zunehmender Isolierung und Minderwertigkeitsgefühle. Es ist bezeichnend, daß dieser Problematik bezüglich einer Begünstigung suizidaler Verhaltensweisen noch keine Untersuchung gewidmet wurde.

Immer besteht also die Gefahr der Diskrepanz zwischen der Identität und dem, was die Umwelt erwartet. Das gilt besonders für Situationen sozialer Desorganisation, die eine Neuorientierung der Individuen verlangt oder für Situationen, die eine Neuorientierung Einzelner erfordern: hier liegen u.a. die Kriterien hoher Suizidgefährdung, wie man sie für die Pubertät annehmen muß (ein Thema, das noch gesondert abgehandelt wird).

In der oben benutzten Terminologie heißt das also: Es besteht die Möglichkeit, daß jemand sich nicht in der Lage sieht, durch Einsatz der ihm möglichen Verhaltenstechniken sich Sympathie und Anerkennung zu verdienen und die so entstehenden Differenzen zwischen seiner Identität und seiner Metoidentität zu tolerieren und daß ihm zur Bearbeitung dieses Konflikts entweder die sozialen Fertigkeiten fehlen, und/oder entwicklungs- oder situationsbedingte Hemmungen ihn von der Formulierung und Durchsetzung seiner Erwartungen abhalten und so eine nicht mehr zieladäquate Reaktion auf die erfolgte Frustration, etwa ein Suizid, aber auch zahlreiche andere Reaktionen provoziert werden können.

2.2 SOZIALE ISOLIERUNG

Eng mit der eben besprochenen Selbstwert- und Identitätsproblematik verbunden ist die Frage nach dem Einfluß sozialer Isolierung auf die Entstehung suizidaler Verhaltensweisen. Soziale Isolierung meint hier jedoch mehr als das fehlende Akzeptiertwerden oder fehlende Integration oder mangelnde emotionale Zuneigung, sie meint die umfassende Erfahrung, von der Interaktion der Gruppenmitglieder ausgeschlossen zu sein.

2.2.1 Entstehung sozialer Isolierung

Die besprochenen gesellschaftsimmanenten Interaktionsformen haben selbstverständlich einen wesentlichen wenn auch nicht ausschließlichen Anteil an der Entstehung sozialer Isolierung. In der Literatur zur Suizidproblematik werden diese Zusammenhänge selten berücksichtigt und die Genese fehlenden Umweltkontaktes -abgesehen von allgemeinen Hinweisen auf zunehmende Anonymität durch fortschreitende Technisierung etc.- individualisiert. Zusammengefaßt lautet das Ergebnis der zahlreichen Arbeiten etwa: Das Fehlen einer stabilen Beziehung in der Kindheit beinhaltet das Nichterlernen der Fähigkeit Beziehungen herzustellen, was später Kontaktstörungen im weitesten Sinne und damit soziale Isolierung zur Folge hat, oder Beziehungen werden unter Aufrabe der Eigenständigkeit des eigenen Ich geknüpft und sind dann kaum mehr auflösbar, Reaktionen auf erzwungene Ablösungen sind dann pathologisch. LÖWNAU (1964) beschreibt, wie die Beeinträchtigung des Umweltkontaktes durch psychogene Entwicklungsstörungen zum Verlust des Umweltbezuges, zu ausgeprägten Intentionalitätsstörungen, zu extremem Objektverlust und damit zur Vereinsamung führt. Die gleichen Auswirkungen hat nach ZUMTE (1959) der Mangel an Liebe und Geborgenheit in der Kindheit. Auch das von HILL (1960) beschriebene fehlende Einfühlungsvermögen der Suizidenten in Folge des fehlenden Einfühlungsvermögens ihrer Eltern bildet einen die soziale Isolierung begünstigenden Faktor.

2.2.2 Bedeutung der Erfahrung sozialer Isolierung versus sozialer Integration auf suizidales Verhalten

Die soziale Isolierung ist -trotz des regenteiligen Eindrucks, den die Suizidliteratur hinterläßt- kein für die Genese eines Suizids spezifischer Faktor: es handelt sich vielmehr um einen Einfluß, der allgemein für die Genese, Prognose und Häufigkeit psychischer Störungen von Bedeutung zu sein scheint. So meint BOSCH (1972) nach Analyse umfangreichen Materials, daß der sozialen Isolierung fast die Bedeutung eines Generalfaktors für die Prognose psychischer Erkrankungen zugeschrieben werden muß. (S.31)

Die größere Suizidhäufigkeit in den Städten (die einhergeht

mit einer höheren Kriminalitätsrate u.a.), die wegen der heterogenen Bevölkerungsstruktur, der Anonymität und des Kommunikationsmangels zur Isolierung disponieren, bestärkt diese Annahme auch für die Suizidalität. Auch stehen zunehmendes Alter, Verwitwetsein, Unverheiratet- oder Geschiedensein und Kinderlosigkeit als potentielle Isolierungen in positiver Korrelation zum Suizid. Demgegenüber ist der Grund für die geringere Suizidhäufigkeit bei starker religiöser Bindung (etwa unter Katholiken, Mohammedanern, Juden) in der verminderten Isolierungsgefahr der Mitglieder zu vermuten (vgl. STENGEL, 1969, S. 13/14). Eine hohe Suizidhäufigkeit weisen Gefängnisinsassen auf. Hier addieren wenn nicht potenzieren sich die extreme Belastung durch geographische Isolierung, die jederzeit erfahrbare Ausstoßung aus gesellschaftlichen Interaktionen und die ohnehin vorhandenen belastenden Sozialisationserfahrungen.

Das Verhältnis von Suizidhäufigkeit in einer sozialen Gruppe und dem Grad der Integration ihrer Mitglieder erarbeitete DURKHEIM (1897): "The cause (für geringe Suizidhäufigkeit bestimmter Gruppen, M.L.) can only be found in a single quality possessed by all these groups, though perhaps to varying degrees. The only quality satisfying this condition is that they are strongly integrated social groups. So we reach the general conclusion: suicide varies inversely with the degree of integration of the social groups of which the individual forms a part." (S. 209) Die Integration einer sozialen Gruppierung ist nach DURKHEIM davon abhängig, daß die Mehrzahl der Mitglieder bestimmte Normen, Werte und Verhaltensmuster akzeptiert. BRAUN (1971) faßt diese Zusammenhänge in der Hypothese zusammen: "Wenn die Mitglieder eines sozialen Systems relativ stark integriert sind und die Norm - Selbstmord ist verboten - gilt, dann begehen die Mitglieder dieses Systems relativ wenig Selbstmord." (S. 52)

2.3 ZUSAMMENFASSUNG

Störungen der Beziehungen von Individuen zu ihrem sozialen Umfeld erhalten für die Genese von suizidalem Verhalten auf verschiedenen Ebenen Bedeutung. Ausgangspunkt für Über-

legungen zu dieser Thematik sind dabei die tiefgreifenden Interaktionsstörungen unserer Gesellschaft (die selbstverständlich nicht nur und zwangsläufig zu suizidalem Verhalten führen): Interpersonelle Beziehungen werden als potentiell bedrohlich erfahren und angstvoll erlebt. Selbstwertgefühle, Erfahrung von liebevoller Zuneigung etc. sind gefährdet. Neben diesen als jederzeit gegebenen sozialen Hintergrund anzusehenden Faktoren scheinen einige Parameter psychischer Störungen deutlich von einer zusätzlichen oder besonders ausgeprägten Beeinträchtigung des Umweltkontaktes abhängig zu sein. Solche Abhängigkeiten sind auch für das Auftreten suizidaler Verhaltensweisen beschrieben und insofern spezifiziert worden, als für bestimmte soziale Konstellationen, die zur Isolierung disponieren besonders hohe Suizidraten ermittelt wurden.

2.4 REAKTION DER UMWELT AUF SUIZIDALE VERHALTENSWEISEN

Die Interaktion des Suizidanten mit seiner Umwelt ist mit seinem überlebten Suizidversuch nicht beendet. Wesentlich für den Charakter der weiteren Beziehungen ist die Reaktion der relevanten Anderen auf den Suizidversuch, wie z.B. katamnestische Untersuchungen von ZUMPE (1959) oder von STANLEY und BARTER (1970) zeigen. Was BOSCH (1972) für psychisch Kranke allgemein fand, gilt ohne Einschränkung auch für Suizidpatienten: Es ergaben sich "sehr starke statistische Abhängigkeiten zwischen allen Daten, die einen Behandlungs- oder Resozialisierungserfolg widerspiegeln und einem Komplex von Merkmalen, die unter den Stichworten Soziabilität, der Einordnung, der sozialen Kommunikationsfähigkeit und eines positiven Gruppenverhaltens zusammengefaßt werden können." D.h. es muß eine "Wiederherstellung sozialen Kommunikationsvermögens" erreicht werden (S.31/32). Diese Ziele erklären die "eindeutige Abhängigkeit des rehabilitativen Erfolges als der Summe aller therapeutischen Einzelbemühungen von den vorbestehenden sozialen Gegebenheiten (S.37) Das ablehnende Verhalten der Partner, das durch das Verhalten des Suizidanten verstärkt werden kann, muß in seinen Ursprüngen erkannt werden, um seine kommunikativen Fähigkeiten durch eine entsprechende Bereitschaft der Umwelt zu verstärken.

Dieser für den Suizidanten lebenswichtigen Forderung steht die Ablehnung des Suizids, die verstärkt wird durch die fehlende Toleranz der Gesellschaft gegen psychisch Kranke, in der Realität gegenüber. Dieser Störung des Verhältnisses der Gesellschaft zu ihren psychisch Kranken wird in keiner der hier durchgesehenen Arbeiten zum Suizid (Ausnahme : VENZLAFF) Rechnung getragen.

Gründe für die Ablehnung eines Suizidanten sind wie folgt ableitbar: der Suizidant erscheint zunächst nicht als Hilfsbedürftiger, sondern als Sünder, als Straffälliger. Die Mißbilligung und sittliche Verurteilung des Suizids leitet sich aus der Verurteilung dieses Aktes durch die christlichen Religionen ab. Im "Katholischen Katechismus der Bistümer Deutschlands" (1955) heißt es: "Der Selbstmörder greift in die Rechte Gottes ein:.. (Er) wirft das Kreuz weg, daß er mit Christus tragen sollte; er entzieht sich seinen Aufgaben an den Mitmenschen und bringt schweres Leid über seine Familie. Sich selbst aber stürzt er ins ewige Verderben." (Der SPIEGEL, 1963) In England wurden Gesetze zur Bestrafung des Suizids erst 1961 annulliert. In der deutschen Rechtsordnung ist der Suizid per Gesetz nicht strafbar - anders jedoch in der herrschenden Rechtsprechung: "da - wie der Bundesgerichtshof ausgeführt hat (in NJW 1954, S.1050) - 'jeder Selbstmord - von äußersten Ausnahmen vielleicht abgesehen - vom Sittengesetz streng mißbilligt ist, da niemand über sein eigenes Leben verfügen und sich den Tod geben darf, kann das Recht nicht anerkennen, daß die Hilfepflicht des Dritten hinter dem sittlich mißbilligten Willen des Selbstmörders zu seinem eigenen Tode zurückzustehen habe.'" (KNOCH, 1973, S.74) Über den undefinierbaren Begriff der "allgemeinen sittlichen Anschauung" oder sogar den des "Sittengesetzes" werden diffuse Vorurteile übernommen - die moralische Verurteilung und damit die Möglichkeit der schuldfreien Mißbilligung und Abschiebung des Suizidanten ist dadurch institutionalisiert.

Neben allgemeinen sittlichen Vorurteilen begegnet der Suizidant unterschiedlichen Reaktionen der Umwelt: ihre Schuld-

gefühle wehrt diese durch eine oftmals hilflose Überfürsorglichkeit als Quasi-Kompensation für vordem Versäumtes oder durch moralische Deklassierung des Suizidanten ab.

"ROBINS et al. fanden, daß nach einem vollendeten Selbstmord die Betroffenen verstört waren und Verantwortung ablehnten, und vermuteten, daß sie auch vorher sich dem Täter gegenüber hilf- und ratlos gezeigt haben. RUBINSTEIN dagegen fand, daß nach versuchten und nicht vollendeten Selbstmorden von drei möglichen Reaktionsweisen 1) concerned and sympathetic, 2) calm and relatively indifferent, 3) punitiv and counter-aggressiv die erste bei den relevanten anderen stark überwog." (HABERMAS-Arbeitskreis, 1972, S.181) STENGELS (1969) Bemerkungen zu diesem Thema klingen sehr optimistisch: "Die Gemeinschaft hilft vielen Menschen, die einen Selbstmordversuch machen, indem sie ihnen nicht nur ärztliche Betreuung verschafft, sondern sie auch mit materieller Hilfe und Rat unterstützt!" (S.97) Dies ist jedoch - zumindest für die BRD - eine Utopie.

Daß die Umwelt Anteil nimmt, ist für den Suizidanten von lebenswichtiger Bedeutung: Vorwarnungen, Gesten und andere Äußerungen gehen dem Suizidversuch voraus. Die Reaktion der relevanten anderen auf das nicht-verbalisierte Suchen des Suizidanten nach Kommunikation, nach Mitteilbar-Machung seiner Problematik bestimmt sein weiteres Vorgehen. THOMAS nimmt für 80% der Suizidanten an, daß sie ihrer Umwelt vorher ein Zeichen geben (Der SPIEGEL, 1973). LINDEN (1969) fand bei 39% der von ihm untersuchten Suizidanten mündliche Äußerungen zum bevorstehenden Suizidversuch; außerdem fand er bei weiteren 16,8% auffallende Verhaltensweisen, weitere 10% der Patienten hinterließen Briefe. Eben das meint auch der Begriff des 'suicidal process', der die Entscheidung über eine endgültige Selbsttötung als Resultat des Zusammenwirkens von Appell und Antwort des angesprochenen Publikums entstehen sieht. Die Aussichten für einen guten Ausgang dieses Prozesses werden - so die Suizidraten - immer schlechter.

2.4 SCHICHTVERTEILUNG SUIZIDALEN VERHALTENS

Die Abhängigkeit der Häufigkeit suizidalen Verhaltens von sozialen Konstellationen, die gewöhnlich für die Unterschicht beschrieben werden (etwa 'broken-home'), **könnte den Schluß nahe legen**, daß Suizidalität schwerpunktmäßig ein Problem der Unterschicht sei. Dieser Schluß wird durch zahlreiche Untersuchungsergebnisse bestätigt: So ist psychische Gesundheit allgemein von der sozialen Schicht abhängig: je niedriger der Status der Eltern ist, um so größer wird die Gefahr für das Kind, in seiner psychischen Gesundheit beeinträchtigt zu werden (vgl. LANGNER und MICHAEL zit. bei MOSER, 1970, S. 341). Auch GLEISS, SEIDEL und ABHOLZ (1973) sprechen nach Durchsicht der wesentlichen Studien zu dieser Thematik von einer "Häufung psychisch Kranker in der Unterschicht", wobei die soziale Schicht auch ätiologisch für die Entstehung der Erkrankungen von Bedeutung ist: "Für die hohen Inzidenzraten in der Unterschicht kann nicht allein ein sozialer Abstiegsdruck psychisch Kranker in prämorbidem Stadien verantwortlich gemacht werden, vielmehr hat die soziale Schicht echte sozial-pathologische Bedeutung." (S. 72) Als Gründe für diese kausalen Zusammenhänge wurden gefunden: Häufung von Stressfaktoren, Mangel an positiven Erlebnissen, bestimmte Persönlichkeitsstrukturen, unzureichende psychische Abwehrmechanismen, weniger Chancen mit belastenden Verhältnissen in der gesellschaftlichen Realität fertig zu werden. (S. 73) Auch Faktoren sozialer Isolierung wurden von LANGNER und MICHAEL besonders für die Unterschicht beschrieben: Depression, Gefühle der Nichtigkeit, Mangel an Zugehörigkeit, Mangel an Freunden, Mangel an Vertrauen in andere (S. 343). Diesen Ergebnissen stehen -später noch zu erwähnende- Untersuchungen etwa von HENRY und SHORT (1965) oder GOLD (1958) gegenüber, die eine positive Korrelation der Strafstile, die man gewöhnlich als in der Mittelschicht üblich annimmt, und der Suizidhäufigkeit fanden.

Statistisch abgesicherte Aussagen über die Schichtverteilung beim Suizid oder gar beim Suizidversuch lassen sich jedoch **s.Zt.** noch nicht machen. Es fehlen für den deutschsprachigen Raum große Untersuchungspopulationen. In den vorliegenden Arbeiten erschweren fehlende Zusatzinformationen

(etwa über das Verhältnis von Schichtverteilung von Klinik, Einzugsgebiet und Gesamtbevölkerung, prozentualer Anteil der Suizidanten an den einzelnen Schichten) die Auswertung der Ergebnisse. Grundsätzlich nicht reflektiert wird in den Untersuchungen die Problematik der Schichteinteilungen überhaupt: Art und Qualität der Arbeitssituation der Eltern, deren Autonomie am Arbeitsplatz, ihre Arbeitszeit (Nacht-, Schichtarbeit), die Wohnsituation und viele andere Faktoren bedürften dringend einer ausreichenden Beachtung in der Suizidliteratur.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studien zum suizidalen Verhalten Jugendlicher sind - offensichtlich wegen der verschiedenartigen, meist nicht definierten Populationen und des geringen Stichprobenumfangs - völlig unterschiedlich. Von der größten Population (1727 Probanden, 80% männlich, 20% weiblich) berichtet OTTO (1964) aus Schweden. Bei ihm dominiert die "III. soziale Schicht" (für die keine Definitionskriterien angegeben werden) mit 82,5%. STORK (1972, vgl. auch II,2.1), der die Häufigkeit von Suizidversuchen in einer französischen Normalpopulation Jugendlicher (453 Schüler, 582 Schülerinnen) untersuchte, fand "keinen wesentlichen Unterschied" (S.126) bei der Verteilung der Berufe der Väter zwischen der Normalpopulation und der daraus selektierten Population von Jugendlichen mit Suizidversuch. Für den deutschsprachigen Raum fand WAAGE (1966, 18 Fälle) keine Auffälligkeiten in der Schichtverteilung, ZUMPE (1959, 40 Fälle) fand ein Überwiegen der kleinen Angestellten, Handwerker und gelernten Arbeiter. Auch in der nicht auf jugendliche Suizidanten beschränkten Literatur sind die Aussagen nicht einheitlich: So findet STENGEL (1969, S.13), daß die "Zugehörigkeit zu den unteren sozio-ökonomischen Schichten" mit den Selbstmordraten negativ korreliert, beschreibt jedoch auch (S.17), daß in der Klasse V (ungelernte Arbeiter) die Selbstmordraten "ebenso hoch wie die der Klasse II" (selbständige Geschäftsleute, leitende Angestellte) sind, was die Gültigkeit dieser Korrelation nicht bestätigt.

Eine abschließende Aussage zur Schichtverteilung ist nicht möglich. Geht man besonders von den Ergebnissen von HENRY und SHORT (die verschiedene Erziehungsstile auf ihren möglichen Einfluß auf die Genese suizidalen Verhaltens hin untersuchten, vgl. II,1.2) und denen der eigenen Untersuchung aus, so muß man vermuten, daß suizidales Verhalten schwerpunktmäßig ein Problem der Mittelschicht ist, ohne genauere Differenzierungen oder Kausalzusammenhänge angeben zu können (vgl. dazu HENRY und

SHORT,1965, HABERMAS-Arbeitskreis,1972, eigene Untersuchung). Es ist jedoch genauso denkbar, daß diese Vermutung ein Produkt bestimmter, sich wiederholender Selektionskriterien in den untersuchten Populationen ist. Endgültige Ergebnisse wären nur durch Erhebung der wahren Inzidenz zu bekommen.

3. SUIZIDBEGÜNSTIGENDE FAKTOREN IN DER PUBERTÄT

Die Pubertät gewinnt als Stadium erheblicher Verunsicherung besondere Bedeutung für das Auftreten suizidaler Verhaltensweisen. Zahlreiche als suizidbegünstigend beschriebene Faktoren treten in dieser Zeit fast regelmäßig auf: etwa Identitätskrisen, Zweifel am Selbstwert, Unsicherheit über die eigene soziale Stellung, Ablösungsprozesse, Sexualkrisen, emotionale Labilität etc. Die wesentlichen Aufgaben der Pubertät umfassen die Ablösungen von Bindungen der Kindheit (in der Regel vom Elternhaus), den Aufbau einer neuen Identität, sowie besonders die Notwendigkeit, genitale Sexualität in das Verhalten zu integrieren (vgl. z.B.NISSEN,1973).

3.1 ABLÖSUNGSPROZESSE

Die Schwierigkeiten beim Ablösungsprozess vom Elternhaus entstehen sowohl bei der Auseinandersetzung mit der elterlichen Autorität als auch bei dem Versuch, neue soziale Beziehungen aufzubauen. Die Möglichkeiten, diese Aufgaben zu bewältigen, sind einerseits von der bis dahin abgelaufenen Entwicklung sozialer Fähigkeiten als auch von der Reaktion der Umwelt abhängig. Unter den derzeitigen gesellschaftlichen Bedingungen sind solche für die Ich-Entwicklung dringend notwendigen Ablösungsprozesse durch viele Faktoren erschwert: Die gesetzliche Regelung des Elternrechts bedingt für das Kind eine schwache Position: das durch den § 1626 (Elterliche Gewalt) geregelte "Gewaltverhältnis räumt den Eltern ein nahezu unbegrenztes Recht über alle Lebensbereiche und Entscheidungen der Kinder und Jugendlichen ein, das nur bei grobem Mißbrauch verwirkt werden kann." (PETRI,LAUTERBACH,1975) Diese Situation wird sich trotz des geplanten "Gesetzes zur Neuregelung der elterlichen Sorge" im Wesentlichen nicht ändern. Außer diesem Gewaltverhältnis erschweren finanzielle Abhängigkeiten den Ablösungsprozess. Der Jugendliche ist also rechtlich und wegen der fast unangreifbaren Integrität der Kleinfamilie

auch faktisch in seinen Ablösungsversuchen allein auf die Unterstützung der Eltern, auf deren erzieherische Fähigkeiten angewiesen. Das erweist sich im Normalfall jedoch als schwierig: Da die meisten "Erziehungsberechtigten" Erziehen nicht gelernt haben, ist ein Versagen der Eltern in dieser Situation nicht die Ausnahme. Neben dem Fehlen pädagogischer Techniken hat die soziale Situation der Mehrzahl der Eltern eher eine Behinderung als eine konstruktive Förderung der Ablösungsprozesse zur Folge: die Eltern können aufgrund der im Berufsleben erfahrenen und im Alltag bestärkten Wert- und Normvorstellungen und dem Fehlen erlebter Alternativen die pubertären Abgrenzungsversuche ihrer Kinder in der Regel nur dann unterstützen, wenn sich der Jugendliche in seinem Ablösungsprozeß an gleichen Normen und Werten orientiert. Das Kind muß Statusmerkmale und Verhaltensweisen "Erwachsener" seiner sozialen Klasse übernehmen, um in seinem Selbstfindungsprozess die notwendige Unterstützung der relevanten Anderen zu finden. Die konkreten Folgen, die sich aus dieser Situation erheben, können hier nur kurz angedeutet werden, sie bedürfen noch einer ausführlichen theoretischen durch Untersuchungen abgestützten Ableitung, sowie einer Spezifizierung für die verschiedenen sozialen Klassen. Als für die Entstehung suizidaler Verhaltensweisen wesentlich dürften sich jedoch Situationen erweisen, in denen das Kind wegen nicht vollzogener Anpassung an die Forderungen Erwachsener seine Insuffizienz erlebt - besonders wenn es nicht fähig ist, durch Erfüllung anderer subkultureller Normen und Werte die Anerkennung und Wertschätzung in anderen Gruppen zu erhalten. So dürften sich z.B. unter diesen Umständen die üblichen überhöhten Leistungsanforderungen als besonders gefährlich zeigen, wenn sie als Vorbedingung für die Anerkennung der Persönlichkeit verlangt werden. Leistungsversagen, Angst vor Leistungsversagen, aber auch alle Versuche, dieser oder ähnlichen Zwangslagen zu entgehen, können in einer solch labilen Situation besonders leicht Fluchtreaktionen zur Folge haben, zu denen unter bestimmten Voraussetzungen auch ein Suizidversuch gehören kann. Der hohe Prozentsatz von Patienten (50-60%), die in unserer Population Störungen des Leistungsbereichs hatten, zeigt die Bedeutung dieser

Zusammenhänge.

Die zahlreichen Zwänge, denen Kinder unterliegen und die schon ausführlich unter 1.2.2 als Teil einer umfassenden Kinderfeindlichkeit beschrieben wurden, kumulieren während der Pubertät und verhindern eine reibungslose Identitätsfindung.

3.2 IDENTITÄTSFINDUNG

Die genannte Identitätsfindung wird notwendig, weil **in der Pubertät** das bisher gültige Selbstbild umstürzt: der Status eines Kindes geht durch veränderte Erwartungen der Umwelt, eigene Unabhängigkeitsbestrebungen und durch die stark in den Vordergrund tretenden sexuellen Interessen, die in die Interaktionen eingebaut werden müssen, verloren. Die für die Dynamik des Suizids von VENZLAFF (1968) beschriebenen Charakteristika ("1. Zusammenbruch tragender mitmenschlicher Beziehungen, 2. Frustration der individuellen Wert- und Prestigeproblematik." S.27) gelten in gewisser Ausprägung für jede pubertäre Situation. Das Bestreben, eigene Lebensformen zu entwickeln, geht mit zahlreichen Frustrationen einher und steht unter dem genannten erheblichen Druck zum Konformismus, was besonders für Sexualverhaltensweisen zutrifft. Diese sich steigende und lang andauernde Unsicherheit, das Fortbestehen zahlreicher ungelöster Konflikte auf dem Hintergrund einer physiologischen Änderung der Hormonausschüttung sind als Ursache emotionaler Labilität anzusehen: ausgeprägte Reaktionen auf kleine Reize, die Reaktionen sind dabei häufig allgemein, ungerichtet und ungekannt; aggressive Reaktionen, subjektive Gefühle von Angst, Unsicherheit, Unzulänglichkeit, Niedergeschlagenheit; Abwehrmechanismen treten auf: Rückzug, Flucht, Regression, Rationalisierung (vgl. AUSUBEL, 1971, S.151).

All diese Reaktionen werden entscheidend durch den beschriebenen Zwang geprägt, Gehorsam, Unterwürfigkeit, Fleiß, Leistung, Konsum etc. als Merkmale des "Erwachsenen" in die eigene Identität zu übernehmen, um aus einer sozial ungesicherten Stellung zu entkommen.

3.3 SEXUALITÄT

Während die Sexualität des Kindes hauptsächlich aus "erogener Sensualität, aus forschender und manipulativer Sexualität, aus Neugier in Bezug auf Anatomie und Physiologie der Sexualität und der Fortpflanzung und aus nachahmenden Versuchen, es den Erwachsenen in Sexualgehaben und Liebesspiel gleichzutun" (AUSUBEL, 1971, S. 142), besteht, erhält die Sexualität während der Pubertät einen neuen Stellenwert: sie wird Selbstzweck. Die die sexuellen Aktivitäten begleitenden Empfindungen sind weitgehend von der Erziehung, den elterlichen Ge- und Verboten, Normen und Werten, sowie durch gesellschaftliche Forderungen oder Verhaltensvorschriften bestimmt: Sie entscheiden, ob Scham, Schuldgefühle und Angst oder Freude und Vergnügen die Sexualität begleiten. Störungen der Sexualentwicklung sind also überwiegend in der innerfamiliären Situation und in gesellschaftlichen Zwängen begründet. Zu den in unserem Rahmen relevantesten Störungen dieser Entwicklung gehören sowohl psychisch bedingte Reifestörungen, wie etwa das fehlende Erlernen sozialer Fähigkeiten zum Aufbau von Partnerbeziehungen als auch der Aufbau massiver Schuldgefühle.

Diese Zusammenhänge, -die wegen fehlender Untersuchungen nur abstrakt und hypothetisch bleiben können- scheinen bei der Verstärkung suizidbegünstigender Faktoren eine Rolle zu spielen. Die von THOMAS in den Vordergrund geschobene Onanieproblematik bei Suizidanten ist vermutlich nur die sexuelle Ausdrucksform einer durch Kontaktstörungen und Introvertiertheit gekennzeichneten generellen Handlungsorientierung. Selbstverständlich können suizidale Tendenzen durch das Erleben einer Störung sexueller Beziehungen verstärkt werden, die Ursache der Suizidalität selbst liegt jedoch auch in diesem Fall in der gestörten oder fehlenden, hier: sexuellen Interaktion mit relevanten Anderen. Onanie ist also niemals die Ursache für Suizidalität.

Wenn auch die Bedeutung sexueller Störungen für die Genese suizidalen Verhaltens nur in Zusammenhang mit anderen Faktoren der Entwicklung und Umwelt des Jugendlichen zu

begreifen ist, so lassen sich doch gerade für die Integration sexuellen Verhaltens in das Verhaltensrepertoire wesentliche Störfaktoren benennen, wie etwa Verbote, Tabus (voreheliche Enthaltsamkeit, Fixierung auf lebenslange Zweierbeziehungen etc.) oder sexuelle Leistungsanforderungen (normierte Kolle-Sexualität) mit ihren möglichen Folgen: Schuldgefühlen, Insuffizienzgefühlen, Störungen des Selbstwerterlebens, die allgemein schon als suizid-fördernd beschrieben worden sind.

II ZUR ENTSTEHUNG SUIZIDALER VERHALTENSWEISEN

Während in Kapitel I vorwiegend die sozialen, familiären und kommunikationstechnischen Hintergründe suizidalen Verhaltens beschrieben wurden, soll im folgenden Kapitel der Prozeß untersucht werden, der - durch die beschriebenen Hintergründe begingt - zu suizidalem Verhalten führt, d.h. während in Kapitel I eher die statischen Bedingungen dargestellt wurden, sollen nun die dynamischen betrachtet werden. Zur Beschreibung dieses Prozesses liegen nur wenige Untersuchungsergebnisse vor, da es sich hier um einen relativ jungen Ansatz der Suizidforschung handelt (JACOBS, 1971, WIENDIECK, 1972).

Durch logische Ableitung lassen sich für die Genese nicht-suizidaler psychischer Störungen häufig Hypothesen formulieren, die diese Störungen etwa auf emotionale Mangelenerlebnisse (führen zum Nichterlernen von positiven zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Folge u.U. zu Kontaktstörungen) oder unlösbare Konfliktsituationen (können zum Fortlaufen führen) zurückführen und die einer empirischen Überprüfung zugänglich sind. Das gelingt für suizidales Verhalten ungleich viel schwerer, da dort solche Zusammenhänge kaum so plausibel zu machen sind, daß die Genese dieses Verhaltens einsichtiger würde. Letztlich scheitern derartige Ableitungen an der Frage, warum und wie die normalerweise vorhandene Inhibition selbstbeschädigender Akte überwunden wird. An die Stelle nachprüfbarer Hypothesen und Variablen treten deshalb Spekulationen. So wird der von FREUD ("Trauer und Melancholie") postulierte Mechanismus der Aggressionsumkehr gegen das mit dem verlorenen Objekt identifizierte Ich benutzt, um die Lücke der Suizidkausalitäten zu

schließen. Dieser Mechanismus ist inzwischen von RINGEL (1969) bestätigt und verabsolutiert worden: "Es scheint für alle Zeiten ausgeschlossen, jenen Vorgang, der zum Suizid führt, ohne Berücksichtigung der Aggressionsumkehr zu erklären." (S.60) In dieser Arbeit soll folgende Gegenhypothese abgeleitet werden: Suizidales Verhalten ist eine erlernte Form von Konfliktlösungsverhalten, das in einer bestimmten, durch die Lebensgeschichte des Suizidanten definierten Konfliktsituation ausgelöst wird. Zur Ableitung dieser Hypothese soll wie folgt vorgegangen werden: Es sollen Theorien und Untersuchungsergebnisse zur Entwicklung aggressiven und autoaggressiven Verhaltens dargestellt werden, um von diesem Ansatzpunkt die Lerngeschichte suizidalen Verhaltens skizzieren zu können.

1.1 ZUR GENESE AGGRESSIVEN VERHALTENS

Wegen der zahlreichen verschiedenen Theorien zur Entstehung von Aggressivität bedarf dieser für die Suizidproblematik wichtige Begriff einer Abklärung. Es soll hier jedoch nicht diskutiert werden, ob Aggression ein modifizierter, ehemals der Arterhaltung jetzt aber gegen Artgenossen gerichteter Trieb (LORENZ), der Ausdruck eines angeborenen Todestriebes (FREUD, MITSCHERLICH), ein an sich wertfreier Trieb (SCHULTZ-HENKE, AMMON), eine auf Frustrationen folgende Reaktion (YALE-Schule, DOLLARD) oder eine erlernte Verhaltensweise (BANDURA, WALTERS) sei. Es soll jedoch, um mit dem Begriff "Autoaggression" arbeiten zu können, erläutert werden, warum welche Vorstellung von Aggression hier zugrunde gelegt wird.

LORENZ' Aggressionstheorie findet wegen ihres spekulativen Charakters, der problematischen Methodik und der teilweise gefährlichen (gesellschaftspolitischen, erzieherischen) Konsequenzen keine weitere Beachtung. FREUDs Todestrieb, seine Theorie von der gegen das mit dem ursprünglichen Aggressionsobjekt identifizierte Ich gekehrten Aggression entziehen sich wegen ihrer Komplexität, des hypothetischen Charakters und der schlechten Beobachtungsmöglichkeit ebenfalls einer empirischen Kontrolle. Sie wären, wie noch zu zeigen sein wird, ohnehin nur für einen Teil suizidaler Verhaltensweisen eine

Erklärung. Im Rahmen des vorliegenden Themas geht die Aggression als wertneutraler Antrieb insofern in die Überlegungen mit ein, als von einem Aktivitätspotential ausgegangen wird, dessen entscheidende Ausdrucksformen sich vor allem aus der individuellen Entwicklungsgeschichte sowie aus der aktuellen Konfliktsituation ergeben. D.h. den Schwerpunkt der Überlegungen bilden die erweiterte Frustrations-Aggressionshypothese sowie besonders Theorien des Erlernens aggressiver Verhaltensweisen. Diese Theorien haben gegenüber anderen den erheblichen Vorteil, in zahllosen Experimenten kontrolliert worden zu sein.

Zusammengefaßt läßt sich nach ihnen Formulieren: das Kind lernt, vorrangig in der Familie, gewisse Mechanismen von Aggressivität. In frustrierenden Situationen treten dann die Reaktionen ein, die von der Lerngeschichte des Individuums und von den Modalitäten der Frustration her die wahrscheinlichsten sind. Als wichtigste Form des Lernens dürfte hier das von BANDURA, WALTERS (1971) erarbeitete Lernen am Modell (no trial learning) anzusehen sein: "Die Versuche ergeben generell, daß ein großer Teil der gelernten Reaktionen präzise Imitationen des Modells waren, während die Kontrollgruppe, die kein aggressives Modell beobachtete, auch keine aggressiven Antworten zeigte (HABERMAS-Arbeitskreis, 1972, S.170) Werden solche Reaktionen verstärkt, so können sie einerseits zu stabilen Verhaltensmustern werden, andererseits auch auf andere Verhaltensweise generalisiert werden (z.B. führt das Belohnen verbaler Aggression zu einer Vermehrung aggressiven Agierens). Entsprechend der Einübung aggressiver Reaktionen können diese auch gehemmt werden, entweder durch Mißerfolg der aggressiven oder durch Bestärkung alternativer Reaktionen. Eine Inhibition durch Bestrafung führt zwar zu einer stabilen Auslöschung der bestraften Verhaltensweisen, sie wird jedoch auch auf andere Verhaltensweisen generalisiert und entwickelt zudem eine emotionale Dynamik gegen den Strafenden, wobei der Strafende zugleich ein neues Vorbild für erfolgreich aggressives Verhalten wird (vgl. BANDURA, WALTERS). Aggressive Modellpersonen haben besonders dann einen verstärkenden

Einfluß auf die Tendenz, sie zu imitieren, 1. wenn sie erfolgreich sind, 2. wenn der Beobachter in einer emotionalen Beziehung zu dem Modell steht (z.B. Eltern). Es werden dann sowohl Aggressionsformen in vergleichbaren Konfliktsituationen als auch -entsprechend der Generalisierung- grundlegende Handlungsorientierungen übernommen. Eine entscheidende Rolle für die spätere Ausprägung der Aggression spielen deshalb die Eltern, folgt man den umfangreichen entsprechenden Untersuchungen (vgl. SCHMIDT-MUMMENDEY, SCHMIDT, 1971).

Ein weiteres muß beachtet werden: Das Erlernen von aggressiven Reaktionen beschränkt sich nicht auf die Aktion selbst, sondern auch auf deren Einschätzung im sozialen Kontext, d.h. es müssen soziale Urteile erlernt werden, die eine Reaktion als aggressiv oder als nicht aggressiv einstufen. Ein Verhalten ist in den Augen der Umwelt erst durch vorgegebene soziale Urteile "aggressiv". Von daher wird jede Definition von Aggression problematisch, da sie immer gesellschaftliche Normen impliziert: versteht man z.B. unter Aggression die zur Schädigung eines anderen initiierte Aktivität eines Individuums, so muß "Schädigung" in jedem Einzelfall nach gesellschaftlich gängigen Normen definiert werden (etwa: ist die Ausbeutung von Arbeitskräften Aggression?).

1.2 ZUR GENESE AUTOAGGRESSIVEN VERHALTENS

Es ist üblich, die Genese autoaggressiven Verhaltens in Analogie zu der Entstehung aggressiven Verhaltens zu beschreiben. Dieses Vorgehen soll hier im Rahmen der lerntheoretisch erweiterten Frustrations-Aggressionshypothese nachvollzogen werden, um besonders die Probleme der entwicklungsgeschichtlichen und sozialisationsbedingten Grundlagen der Genese autoaggressiver Verhaltensweisen deutlich zu machen. Dabei muß jedoch beachtet werden, daß das hier so genannte "autoaggressive Verhalten" als später genauer zu definierender Teilaspekt suizidaler Verhaltensweisen verstanden werden soll. Nach Meinung des Autors ist weder die Gleichsetzung autoaggressives = suizidales Verhalten, noch die Generalisierung der folgenden Aussagen auf alle Formen autoaggressiven Verhaltens (Haarausreißen, Nägel-

knabbern o.ä.) zulässig.

BRAUN (1971,S.130ff.) versucht, das Problem der Entstehung von Autoaggression anzugehen, indem sie durch Integration der Selbstaggressionshypothesen von DOLLARD u.a. und YATES erweiterte Hypothesen formuliert, die Selbstaggression in Verbindung zu eventuell vorangegangenen Frustrationen setzen: DOLLARD vermutete: "1. Wenn als Frustrationsquelle das Selbst und kein externer Agent wahrgenommen wird, wird der Anreiz zur Selbstaggression relativ größer sein.

2. Wenn das Selbst und kein externer Agent die Aggressionshandlung verhindert, wird sich eine inhibierte direkte Aggression eher gegen das Selbst (als sekundäre Frustrationsquelle) wenden.

3. Bei Konstanz aller übrigen Bedingungen sollte Selbstaggression nur erfolgen, wenn andere Ausdrucksformen stärker inhibiert sind."(bei BRAUN,S.131) Daraus leitet BRAUN ab:

"Wenn eine bestimmte Ähnlichkeit zwischen der frustrierenden und der frustrierten Person existiert und das Selbst als Frustrationsquelle wahrgenommen wird, dann ist mit einer selbstaggressiven Reaktion zu rechnen." und: "Wenn sich das Verbot einer aggressiven Antwort gegenüber der frustrierenden Person auf alle möglichen aggressiven Antworten generalisiert, dann ist ein selbstaggressives Verhalten zu beobachten."

Autoaggression wird demnach immer dann begünstigt, wenn Frustrationen als selbstverschuldet wahrgenommen werden und/oder außen-aggressives Verhalten generalisiert gehemmt ist.

Daß die zitierten Formulierungen den eigentlichen Sachverhalt nur ungenau beschreiben, deuten Ergebnisse von McCULLOCH, PHILIP (1972) an, die fanden: "The result of testing on the HDHQ (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire devised by CAJNE,FOULDS,HOPE, M.L.) show that as a group our attempted suicide patients score higher on both intro-punitiv and extra-punitiv aspects of hostility than do normal subjects or neurotic patients."(S.55) Feindseligkeit, Verbitterung werden danach verstärkt sowohl für die Umwelt als auch für das eigene Selbst erlebt. Das Ausagieren der Empfindungen scheint jedoch bei den Suizidpatienten -zumindest für die Zeit des Suizidversuchs- auf selbstbeschädigende Formen beschränkt zu sein.

Zwei wesentliche Punkte müssen geklärt werden:

a) Welche Mechanismen hemmen temporär oder auf Dauer aggressive Reaktionen und fördern selbstaggressive?

b) Welche Umstände bedingen es, daß Frustrationen als selbstverschuldet erlebt werden?

a) Zur Beantwortung der Frage nach Förderung und Hemmung von Selbstaggression muß auf konkretere Ergebnisse der Aggressionsforschung zurückgegriffen werden: Wie für die meisten komplexeren Handlungsabläufe wird man auch für autoaggressives Verhalten das schon erwähnte von BANDURA, WALTERS beschriebene "Lernen am Modell" als wesentlichen Lernmechanismus annehmen dürfen. Damit stellt sich die Frage nach dem Einfluß von autoaggressiven Tendenzen von Bezugspersonen auf die Entwicklung aggressiver Handlungsorientierungen des Kindes: Es ist der konsequente Fehler der gängigen Isolierung suizidaler Verhaltensweisen als Autoaggression von anderen aggressiven und nicht aggressiven Reaktionsformen, daß sich ^{die} Frage des Vorbildes für einen Suizidversuch meist auf die Feststellung des Vorhandenseins oder Fehlens eines Suizids in der Familie des Suizidanten beschränkt. So meint STENGEL(1969), daß die selektive Nachahmung eines Suizids über den Mechanismus der Identifikation mit einer sich tötenden Bezugsperson abläuft (S.43). RINGEL (vgl. ZUMPE, 1959, S.236) verallgemeinert den Nachahmungsakt: die Suizidvorbilder können Form und Richtung künftiger Konfliktlösungen determinieren. Noch allgemeiner ausgedrückt heißt das aber, daß Handlungsorientierungen in Richtung Selbstaggression nicht oder nicht immer auf einen Lernvorgang an einem isolierten Akt (etwa Suizidversuch) zurückzuführen sind, sondern aus dem Gesamt der Konfliktlösungsmuster resultieren, die Eltern oder Bezugspersonen dem späteren Suizidanten demonstrieren. Die Nachahmung autoaggressiver Verhaltensweisen ist also weniger als isoliertes Phänomen sondern vielmehr im Gesamtzusammenhang aller Handlungsorientierungen in der relevanten Umgebung des Suizidanten zu sehen. Zu berücksichtigen ist dabei die Tatsache, daß auch Autoaggressions- und Suizidvorbilder einer Entwicklung, also einer im allgemeinen beobachtbaren Änderung ihrer Handlungsorientierungen unterliegen und auch dieser Prozeß der Änderung vom Beobachter gelernt werden kann.

Während das Lernen am Modell, d.h. an der selbstbeschädigenden, suizidalen Handlungsweise relevanter Anderer also als grundlegender Lernvorgang auf dem Weg zum Suizid anzusehen ist, dürften auch andere für die Entstehung, Ausprägung und individuelle Charakteristik aggressiver Verhaltensweisen wichtige Prozesse auf Selbstaggression übertragbar sein: etwa Prozesse, die im Sinne einer Verstärkung gelernter autoaggressiven Verhaltens durch Erfolg und im Sinne einer Hemmung alternativer Reaktionen durch Mißerfolg oder Strafe wirksam werden. Diese Mechanismen sind für Aggression in unzähligen Versuchen herausgearbeitet worden. Da sich zum Thema der Autoaggression experimentelle Untersuchungen aus verständlichen Gründen verbieten, bleibt zunächst nur der beschrittene Weg, annähernd gleiche Mechanismen für Aggression und Autoaggression zu postulieren.

b) Die Entstehung einer durch Schuldgefühle bestimmten Handlungsorientierung wird von den meisten Autoren als ein von der Erziehungshaltung der Eltern abhängiger Prozeß beschrieben: HENRY und SHORT (1965) setzten (wie andere auch, vgl. Tabelle 37) die Richtung der Aggression in Zusammenhang mit bestimmten vom Kind erlebten Erziehungstechniken, genauer: liebesorientierte Erziehungstechniken sollen dadurch, daß sie die Entwicklung starker internalisierter Zwänge fördern, zu Autoaggression führen können: Das Kind übernimmt die Forderungen und Mißbilligungen seiner Eltern und macht sie zu seinen eigenen, um sich durch selbstkontrolliertes Wohlverhalten die Liebeszuwendung seiner Eltern zu erhalten. Sind die Forderungen der Eltern streng und punitiv, so resultiert nach HENRY und SHORT ein Über-Ich, das ebenfalls streng und punitiv ist. Ein strenges und punitives Über-Ich erhöhe aber die Gefahr, daß Frustrationen als selbstverursacht erlebt werden und zu Schuldgefühlen, zu Selbstbestrafung und Selbstaggression führen (S.104).

Die grundsätzliche Einstellung eines Kindes, Gründe für Spannungen und Fehlschläge bei sich selbst zu suchen, ist auch durch zahlreiche andere Erziehungshaltungen der Eltern zu erreichen - sie ist vermutlich weit verbreitet. Das Kind erlebt sich durch Äußerungen und Handlungen seiner Eltern oder anderer relevanter Bezugspersonen als störend, es muß deshalb auch zahlreiche Spannungssituationen als von ihm verschuldet erfahren. Erinnerung sei hier nur daran, daß solche Schuldzu-

TABELLE 37

HENRY, SHORT

Mutter ist punitiv=Frustrations-			→	Aggression gegen Frustrations-
quelle und Gratifikationsquelle				

Für Jungen:

Mutter ist primäre Frustrationsqu. → stärker internalisierte Kon-

trollen

Vater ist primäre Frustrationsqu. → schwächer internalisierte

Kontrollen

Strenge und Übermacht des Vaters korreliert mit Außenaggression

Strenge und Übermacht der Mutter korreliert mit Innenaggression

GOLD (s. HABERMAS-Arbeitskreis)

Für Mittelschicht:

Frustrationsqu. bei psychischer			→	generalisierte Kontrolle
Strafe diffus				
				Innenaggression

Für Unterschicht:

Frustrationsqu. bei physischer			→	Kontrolle durch Furcht
Strafe lokalisierter				

analytische Formulierung vom HABERMAS-Arbeitskreis:

rigides Strafverhalten der Mutter → ständige Bedrohung durch

ständigen Haß auf die Mutter

→ rigides Über-Ich und selbst-

punitives Verhalten des

Kindes

weisungen besonders rigide durch die übliche Einbeziehung von gut-böse-Kategorien in die Bewertung kindlicher Handlungen und Absichten erfolgt: an das "gute" Kind werden Ansprüche und Forderungen gestellt, die es wegen des streng-alternativen, abstempelnden Charakters der Beurteilung seiner Handlungen fortlaufend zwingt, sich als "böse" zu erleben.

1.3 DIE BEDEUTUNG AUTOAGGRESSIVEN VERHALTENS FÜR DIE SUIZIDALITÄT

In der Nichtbeachtung des bei der Genese aggressiven Verhaltens erwähnten zweifachen Lernschritts - Erlernen der Verhaltensweise und Erlernen des sozialen Urteils - ist der Grund für zahlreiche Mißverständnisse in der Beurteilung von Selbstaggression zu suchen: Ein Suizidversuch wird zunächst erst dadurch eine "autoaggressive" Aktion, daß die Umwelt einen solchen Akt der Selbstbeschädigung als aggressiv bezeichnet. Eine Gleichsetzung der Begriffe Selbstbeschädigung = Autoaggression = Wille zur Selbstvernichtung führt jedoch zu Fehlschlüssen: Bezieht man in die Definition des Begriffs "Autoaggression" die Intention zur Selbstbeschädigung mit der möglichen Folge der Selbstvernichtung ein - was zur Abtrennung von anderen Formen der Selbstbeschädigung, wie Nikotinabusus, nötig ist -, so ist nicht jedes suizidale Verhalten ein autoaggressives Verhalten. Es muß unterschieden werden zwischen 1. Suizidversuchen, die die Selbstvernichtung zum Ziel haben, 2. solchen, wo die Selbstbeschädigung als Mittel einer Konfliktbearbeitung eingesetzt wird und 3. solchen, bei denen man beide Intentionen nicht nachweisen kann. Autoaggression im weiteren Sinne wäre dann jedes selbstbeschädigende Verhalten, das intendiert ist, das aber den Aspekt der Finalität nicht zur Voraussetzung hat (1. und 2.), Autoaggression im engeren Sinne wäre jedes selbstbeschädigende Verhalten, das unter dem Aspekt der Finalität unternommen wurde (nur 1.). In der 3. Kategorie dürften sich im wesentlichen Suizidversuche im Rahmen von Psychosen finden.

Ähnliche Unterscheidungen werden auch von anderen Autoren getroffen: STENGELS Aufteilung in Suizide mit autoaggressiver Tendenz und Suizide mit Appellcharakter ist von FEUERLEIN durch die Kategorie: Wunsch nach Zäsur des Lebensweges, nach einer Pause, nach Schlaf u.ä. um eine dritte Kategorie erweitert

worden. Sowohl Appell- als auch besonders Zäsur-Suizide sind aber nicht in dem Sinne autoaggressiv, daß sie unter dem Aspekt der Finalität unternommen werden, ebenso gilt diese Einschränkung dann, wenn bei dem Suizidanten wegen noch nicht ausreichender kognitiver Entwicklung magische Vorstellungen (etwa Wiedervereinigung mit der verstorbenen Mutter) vorherrschen (vgl. Anhang: Zur Entwicklung des Todesbegriffs).

Beim Appellsuizid ist der Ablauf etwa der, daß der Suizidant die von der Umwelt zu erwartende Interpretation seiner Aktion benutzt, um über die Mobilisierung von Schuldgefühlen an sie zu appellieren (Die Entwicklung und Funktion diese Mechanismus soll im Abschnitt 2 verdeutlicht werden.).

ANHANG: DIE ENTWICKLUNG DES TODESBEGRIFFS BEIM KIND

Die Entwicklung des Todesbegriffs beim Kind ist im Rahmen der Untersuchung kindlicher und jugendlicher Suizidhandlungen insofern entscheidend, als davon die Beurteilung abhängt, ob und von welchem Alter an Einsicht in die Finalität des Tot-Seins angenommen werden kann, d.h. es gilt vorzubeugen, nicht dem Fehler zu unterliegen, die begriffliche Differenziertheit Erwachsener auch für Kinder anzunehmen und so zu falschen Schlüssen zu kommen.

WERA SCHMIDT beschreibt durch Auszüge aus dem Tagebuch eines Moskauer Kinderheims die Entwicklung der Todesvorstellung eines Jungen von 4,6 bis 5,7 Jahren (1924, S. 272ff.). Er stellt seiner Mutter gehäuft Fragen über den Tod, kann aber die realen Zusammenhänge, die er erfährt, nicht verarbeiten. Er setzt sein 'ich will nicht' dagegen: (über seine Großmutter) "'Aber warum ist sie gestorben? Ich wollte nicht, daß sie stirbt, ich habe sie lieb,...Aber wenn ich alt bin, dann muß ich doch sterben?'"-- 'Ja, irgendwann einmal mußt du sterben.'-- 'Aber ich will nicht!'" Die Onnipotenzvorstellung wird auch zu Lösungsversuchen des Konflikts herangezogen. (zu seiner Mutter): "'Wenn du sterben wirst, werde ich deine Augen nicht schließen lassen, ich werde sie offenhalten' (er zeigt mit den Fingern, wie er meine Lider offenhalten wird), 'dann werde ich deine Arme und Beine bewegen und werde dich wieder gehen lehren. Und du wirst es mit mir auch so machen. Also werden wir nicht sterben.' Er springt und lacht vor Freude."

Das gezeigte Detailwissen über die verschiedenen Auswirkungen des Tot-Seins kann nicht über den mangelhaft entwickelten Realitätssinn hinwegtäuschen. Die Einsicht in das Wesen des Todes kann erst mit der Möglichkeit zu abstraktem Denken und der damit verbundenen synthetischen Realitätserfahrungen erfolgen. Die Entwicklung des Denkens erreicht mit ca. 7 Jahren das Niveau konkreter Operationen, d.h. Denkvorgänge beziehen sich auf tatsächliche Gegenstände, ausgeführte oder vorgestellte Handlungen. Die Unabhängigkeit vom Gegenstand erreichen Denkopoperationen frühestens mit elf oder zwölf Jahren (OERTER, 1969, S.354ff. OERTER bezieht sich bei seinen Altersangaben auf die Untersuchungen PIAGETS.).

Entsprechend der allgemeinen Denkentwicklung verläuft auch der Wechsel der verschiedenen kindlichen Todeskonzepte, die mit zunehmendem Alter die Realität immer stärker mit einbeziehen. DUCHÉ (1968) beschreibt diese Entwicklung, die von der Leugnung des Todes über das Akzeptieren des Todes als eine Sache der Erwachsenen, eine andere Art zu leben, eine vorübergehende Trennung, einen reversiblen Vorgang u.ä. bis zum Begreifen des tatsächlichen biologischen Vorgangs und seinen Auswirkungen führt: "C'est seulement vers 9 ans qu'en général le processus biologique commence à être compris bien que beaucoup d'enfant continuent à se croire immortels." (S.364) Der letzte Schritt, die abstrakte Einsicht in die Finalität des Todes wird mit recht unterschiedlichem Alter getan. So kommt z.B. DUCHÉ anhand der von ihm untersuchten jugendlichen Suizidanten zu dem Schluß: "A la lumière des observations que nous avons étudiées nous pensons même qu'il joue avec le risque de l'anéantissement (Vernichtung, M.L.) dont il ne conçoit pas ce qu'il est." (S.365)

Der Übergang von irrealen zu realen Todeskonzepten vollzieht sich vor, während und u.U. noch nach der Pubertät in einem jahrelangen Prozeß. Dieses Zwischenstadium ist gekennzeichnet durch das Nebeneinander sich widersprechender Todesvorstellungen: die einen resultieren aus der Einsicht, daß der Tod irreversibel sei, sind also abstrakt-rational, andere sind gekennzeichnet durch die oben angedeutete kindliche Omnipotenz-Phantasie. Die Möglichkeit der Existenz widersprüchlicher Konzepte erklärt sich aus der gegenwartsbezogenen, wenig introspektiven kindlichen Erlebnisverarbeitung. Die Erfahrungen der

Vergangenheit nicht unbedingt mit einbezieht, ebenso wie sie die Zukunft nicht antizipiert. Folgt man den Untersuchungen von BOLLEA und MAYER (1968), so erhalten kindliche, magische Todeskonzepte eine elementare Bedeutung für den Suizid von Kindern und Jugendlichen: In 90% ihrer Fälle (218 Patienten im Alter von 10-18 Jahren) fanden sie lediglich eine globale Wahrnehmungsfähigkeit, die eine geringe Introspektionskapazität und ein hypothetisch-deduktives Denken zur Folge hatte: "As if in these subjects there existed on the one hand, an unconscious refusal to adopt rational principals which, put into effect, would endanger the integrity of the Ego and, on the other hand, a continuation of magic thought and inability to accept a proper concept of time." (S.340) Das bedeutet aber selbst für den jugendlichen, um so mehr für den kindlichen Suizid, daß das Vorhandensein einer rational abstrakten Todesvorstellung nicht als gegeben vorausgesetzt werden kann. Als Folge des "emotional disorder" -nicht als Folge eines Intelligenz-Defizits- wird das ohnehin erst im vorpubertären Alter beginnende abstrakte Denken in seiner Entwicklung behindert: "The emotional immaturity clearly determined the impossibility of adopting the principle of reality and consequently implied the necessity for those subjects to find an immediate solution to each situation of tension." (BOLLEA, MAYER, S.340)

Der Suizid einer in diesem Sinne unreifen Persönlichkeit stellt also primär einen spontanen Konfliktlösungsversuch dar und zwar ohne den Aspekt der Finalität. "Dem Kind bedeutet tot sein nicht viel mehr als fort sein." (FÖRSTER, 1956, S.74) Das oft zitierte Paradoxon kindliche Lebensbejahung - kindlicher Suizid ist nur ein scheinbares, 1. weil die "Lebensbejahung" als abstrakter Denkvorgang gar nicht geleistet, 2. weil der Tod in seiner abstrakten Bedeutung nicht erfaßt werden können.

2. SUIZID ALS KONFLIKTLÖSUNGSVERHALTEN

Während im letzten Kapitel die Entwicklung und die Lernbedingungen des suizidalen und selbstaggressiven Verhaltens dargestellt wurden, soll nun versucht werden, Entwicklung und Lernbedingungen der Funktion dieses Verhaltens in der Lebens-

Geschichte von Suizidanten zu verdeutlichen. Dabei muß zunächst davon ausgegangen werden, daß suizidales Verhalten - folgt man den Untersuchungen von STORK (1972), WIENDIECK (1972), TEICHER und JACOBS (zit. bei MORRISON, COLLIER, 1969) oder CERNY (1968) - eine weit verbreitete Form von Konfliktlösungsverhalten darstellt:

STORK (1972) untersuchte die Suizid tendenz und ihre Intensität an einer bezüglich der Suizidalität unausgewählten Stichprobe von Schülern beiderlei Geschlechts. Dabei sollten sowohl die Häufigkeiten von Suizidversuchen, -absichten und -äußerungen untersucht werden, wie auch ermittelt werden sollte, "ob es suizidale Gruppen mit einem eigenen Persönlichkeitsbild, eigenen Wesenszügen gibt; wie deren Einstellung zum Tode und zum Selbstmord ist; ... und ob gewisse Familienkonstellationen oder Beziehungen zu den Eltern von Einfluß auf das suizidale Feld sind." (S. 124) Die statistische Auswertung bezieht sich auf 453 Schüler und 582 Schülerinnen im Alter zwischen 13 und 19 Jahren. Das Ergebnis war erschreckend (vgl. Tab. III bei STORK, S. 129): Suizid tendenzen wurden bei 28% der Jungen und 35 % der Mädchen gefunden, Suizidversuche hatten 7,5% der Jungen und 13% der Mädchen unternommen. Bestärkt wird die Aussagekraft dieser unwahrscheinlich hohen Zahlen durch das mit Hilfe signifikanter Items ermittelte Ergebnis, "daß die Suizidabsichten, wie gleichfalls der Suizidversuch, von einem charakteristischen Persönlichkeitsbild depressiver Natur begleitet sind... Ist also hier von der Häufigkeit von Suizidabsichten... etc. die Rede, so ist.. zu berücksichtigen, daß diese eigentlich bedeutet: Häufigkeitsverteilung eines depressiven Persönlichkeitsbildes mit Suizid tendenzen." (S. 128/9)

WIENDIECK (1972) fand bei 421 Kölner Studenten ("Dennoch kann diese Auswahl -mit einigen Abstrichen- als akzeptabler Querschnitt der Kölner Studentenschaft betrachtet werden", S. 118), daß sich 12,6% der Studenten und 26,9% der Studentinnen schon einmal ernsthaft mit dem Gedanken an einen Suizid getragen haben.

TEICHER und JACOBS (a.o. 1969) fanden in Los Angeles, daß die meisten Jugendlichen, wenn sie sich Probleme vorstellen sollten, die sie nicht lösen konnten, als eine der ersten Alternativen

die Möglichkeit eines Suizids in Erwägung zogen.

CERNY (1968) erhielt bei einer Fragebogenaktion an sieben Prager Schulen ein ähnliches, wenn auch nicht so weitreichendes Ergebnis: die Frage "ob sie sich schon Gedanken darüber gemacht hätten, daß es besser wäre, nicht auf der Welt zu sein..." beantworteten 21% der Knaben und 74% der Mädchen positiv;... diese Gedanken wurden in den meisten Fällen als kurzfristig und vorübergehend bezeichnet. Die Betroffenen erklärten, daß sie keinen Selbstmord beabsichtigten."(S.274)

Auf diesem Hintergrund muß die Frage nach der Funktion suizidaler Verhaltensweisen so beantwortet werden, daß sie als ein relativ weit verbreitetes Konfliktlösungsverhalten einsichtig wird.

2.2 ZUR GENESE DES SUIZIDS ALS KOMMUNIKATION

In einem nicht erwarteten Umfang - der durch weitere Untersuchungen für den deutschsprachigen Raum genauer abzustecken wäre - dient selbstbeschädigendes, suizidales Verhalten als ein Mittel zum Zweck, wird nicht gegen sondern für das Weiterbestehen des eigenen Ich unternommen, dient also der Kommunikation in einer verzweifelten Situation des Suizidanten und versucht eine Konfliktlösung. Daß das so ist, zeigt allein schon die Tatsache, daß die Mehrzahl der Suizide, trotz der beschriebenen sozialen Isolierung des Suizidanten, in der Nähe oder im Beisein anderer ausgeführt wird (vgl. STENGEL, 1969). Auch der schon erwähnte Umstand, daß die überwiegende Mehrzahl der Suizidanten vor ihrem Suizidversuch diesen gegenüber Dritten andeutet (vgl. THOMAS), weist in diese Richtung. Hier soll die These vertreten werden, daß auch diese "paradoxe Kommunikation" (ADLER, vgl. ANSBACHER, 1969), d.h. die Selbstbeschädigung zum Zweck des Weiterlebens, ein erlerntes Verhalten ist, dessen Entstehung und Entwicklung sich sowohl in der Lebensgeschichte des Suizidanten als auch an weitergefaßten soziologischen Parametern aufzeigen lassen muß. RINGEL (1969) teilte kurz mit: "Starre Verhaltensmuster - sie laufen oft so automatisch ab, daß man den Eindruck der Konditionalisierung nach Art bedingter Reflexe gewinnt - bestimmen das Erscheinungsbild."(S.55), ohne daß er diesen Ansatz weiter verfolgte. Andere Untersuchungen, besonders

neueren Datums, bestärken jedoch die Vermutung, daß auch die Entstehung dieses Verhaltens allgemeinen lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten folgt.

HENDIN (1964) beschrieb einen solchen Lernmechanismus bei einer Untersuchung zum Vergleich der Erziehungsstile der Dänen, Schweden und Norweger mit ihrem Einfluß auf die Suizidraten der jeweiligen Länder. Dänemark und Schweden haben dreimal so hohe Suizidraten wie Norwegen. Folgt man HENDIN, so ist die niedrige Suizidrate der Norweger u.a. darauf zurückzuführen, daß dem Kind - wie später auch dem Erwachsenen - die gesellschaftlich sanktionierte Möglichkeit gegeben ist, seinen Emotionen Ausdruck zu geben, Spannungen auszutragen, ohne sie durch Schuldgefühle zurückhalten zu müssen. Die Weckung von Schuldgefühlen in der Erziehung ist nach HENDIN ein Charakteristikum der dänischen Erziehung. Das Kind lernt so, wie eigene Wünsche durch Verknüpfung mit Schuldgefühlen unterdrückt werden müssen, aber dabei auch, wie man die Schuldgefühle anderer nutzt, an sie appelliert, um eigene Wünsche durchzusetzen. Bei späteren Konfliktlösungsversuchen kann es dieses Lösungsmuster - Verursachung von Schuldgefühlen bei anderen, um Reaktionen zu erzwingen - benutzen.

Zwei Lernschritte haben also zu erfolgen: 1. muß das Verhalten selbst (vgl. voriges Kapitel), 2. die Einschätzung der möglichen Reaktion erlernt werden. Den Einfluß des 2. Lernschritts auf das suizidale Verhalten zeigt die Untersuchung von WIENDIECK (1972). WIENDIECK vermutete, die Suizidrate verschiedener Personengruppen sei abhängig von "1. einer generellen Hilfsbereitschaft gegenüber Angehörigen dieser Personengruppe sowie 2. der Interpretation suizidaler Aktionen dieser Personen." (S.176) Personengruppen verschiedenen Alters und verschiedenen Geschlechts erfahren ein unterschiedliches Ausmaß an Hilfsbereitschaft (Hypothese der differentiellen Hilfsbereitschaft) und ein unterschiedliches Ausmaß an Verständnis (Hypothese des differentiellen Verständnisses) etwa mit folgender Qualität: "1. Die Hilfsbereitschaft der sozialen Umwelt ist gegenüber weiblichen Hilfesuchenden größer als gegenüber männlichen. 2. Die Hilfsbereitschaft der sozialen Umwelt sinkt mit zunehmendem Alter des Hilfesuchenden." Folgt man WIENDIECK, so hat die Erfahrung und damit die Ein-

schätzung der Reaktion der Umwelt Einfluß auf die Entscheidung des Suizidanten, einen Suizidversuch mit sicher tödlichem oder sicher nicht tödlichem Mittel zu unternehmen. In einer Befragung eines repräsentativen Kölner Bevölkerungsquerschnitts konnte gezeigt werden, "daß den Angehörigen der Gruppen, die sich durch hohe Suizidraten auszeichnen, eine größere Hilfsbereitschaft (Hypothese der differentiellen Hilfsbereitschaft) entgegengebracht wird." (S.214) (Die Hypothese des differentiellen Verständnisses konnte weder verifiziert noch falsifiziert werden.)

Dieses Wechselspiel von Konfliktlösungsversuchen des potentiellen Suizidanten und den Reaktionen der Umwelt muß sich in der Lebensgeschichte des Suizidanten nachweisen lassen. Einen ersten Versuch, einen solchen Nachweis zu führen, unternahm JACOBS (1974) in der für den Bereich der Suizidalität Jugendlichen im Augenblick wohl wichtigsten Arbeit. Er versuchte durch ausführliche Falluntersuchungen (strukturierte Interviews von Suizidanten und deren Eltern) bei 50 jugendlichen Suizidanten "(1.) die formalen Aspekte der chronologischen Abfolge von Ereignisgruppen im täglichen Leben des Jugendlichen und (2.) wie der Jugendliche diese Ereignisse erlebte und auf sie reagierte" (S.96) festzustellen und verglich die Ergebnisse mit denen einer Kontrollgruppe (matched pairs). Dabei ergab sich für die Suizidgruppe: "Der Jugendliche muß erlebt haben:

- (1) Eine langdauernde Problemgeschichte (von der frühen Kindheit) bis zum Einsetzen der Adoleszenz;
- (2) die Eskalation von Problemen (seit Eintritt ins Jugendlichenalter), die weit über solche hinausgehen, die gewöhnlich mit Jugend verbunden sind;
- (3) das fortschreitende Versagen verfügbarer Anpassungstechniken zur Bewältigung der alten und neuen wachsenden Probleme, das zu immer stärkeren sozialen Isolierung des Jugendlichen führt;
- (4) eine kettenreaktionsartige Auflösung aller wesentlichen bedeutungsvollen sozialen Beziehungen in den Tagen und Wochen vor dem Versuch..;
- (5) der innere Prozeß, durch den er den Selbstmord vor sich selbst rechtfertigt und der es ihm ermöglicht, die Kluft

zwischen Denken und Tat zu überbrücken." (S.42/43)

Besonders aufschlußreich sind die Ergebnisse zur Entwicklung der verschiedenen Konfliktlösungstechniken der jugendlichen Suizidanten. JACOBS untersuchte Anzahl, Art, Aufeinanderfolge von "Verhaltensproblemen" der Jugendlichen und die unterschiedliche Wahrnehmung und Interpretation der "Verhaltensprobleme" durch den Jugendlichen und seine Eltern. Dieses "störende" Verhalten wird von JACOBS als angepaßte Technik zur Problembewältigung gesehen und in drei qualitativ und chronologisch zu definierende Gruppen geordnet: Auflehnung, Rückzug auf sich selbst, physischer Rückzug. Das Ergebnis zeigt (Tab.IV bei JACOBS, S.106), daß Auflehnung sowohl von Suizidanten als auch von Jugendlichen der Kontrollgruppe angewendet wird, "Rückzug auf sich selbst" und "physischer Rückzug" jedoch charakteristisch für das Verhalten der Suizidanten ist. Dabei ist wesentlich, daß aus den Interviews hervorging, "daß der Jugendliche vor Anwendung dieser Techniken gehofft hatte, die Eltern würden seine doppelte Perspektive teilen und die Handlung nicht nur als ein weiteres "Vergehen", sondern als ein Anzeichen dafür sehen, daß ein Problem vorlag... Das ganze Manöver der Jugendlichen war darauf angelegt, sich eine Quelle der Hilfe zu erschließen. Im Fall der jugendlichen Suizidenten blieb dieses angestrebte Ergebnis aus... Nachdem sie alle oben beschriebenen angepaßten Techniken erprobt hatten, stellten sie zu ihrer fortgesetzten Enttäuschung fest, daß ihre Eltern diese Handlungen auch weiterhin als neue "Verhaltensprobleme" ansahen." (S.109) und mit Strafmaßnahmen reagierten: "Ihren eigenen Berichten zufolge wurden die Suizidenten des Paarvergleichs um 40% mehr bestraft, als die Jugendlichen der Kontrollgruppe." (S.110) "30 von 50 Suizidenten hatten alle Gruppen angepaßter Techniken durchgemacht, d.h. (1) Auflehnung, (2) Rückzug, (3) von zu Hause weglaufen, (4) Suizidversuch." (S.122)

Es scheint also so zu sein, daß ein irgendwann in der Entwicklungsgeschichte gelerntes suizidales Verhalten als Konfliktlösungsversuch immer dann eingesetzt werden kann, wenn andere Lösungsversuche im Erleben des Jugendlichen nicht zum Erfolg oder sogar zu Bestrafung geführt haben. Dieser Prozeß bedarf sicher noch weiterer Überprüfung und Differenzierung,

besonders um Lernbedingungen, die Bahnung und letztlich auch die Auslösung suizidalen Verhaltens exakter benennen zu können. Es bleibt jedoch festzuhalten, daß suizidales Verhalten durchaus operationalisierbar, mit Ergebnissen besonders lerntheoretischer Forschung in Einklang zu bringen und in seiner Entstehung und Funktion als Konfliktlösungsverhalten und Kommunikationssuche schon recht exakt zu beschreiben ist.

III ZUSAMMENFASSUNG

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde versucht, neue Aspekte zur Problematik des Suizidversuchs Jugendlicher zu gewinnen. Dazu wurde angestrebt, eine isolierte Betrachtung des Suizids zu vermeiden - vielmehr sollte die Entstehung suizidalen Verhaltens in einen größeren Zusammenhang gestellt werden. Das galt sowohl für die Faktoren der Entstehungsbedingungen (aus den Bereichen Familienstruktur, soziales Umfeld, Pubertät) als auch für den Prozess der Entwicklung suizidalen Verhaltens. Dieses Vorgehen war nötig, da nach Meinung des Autors durch isolierte Betrachtung des Suizids und durch Individualisierung der Suizidgenese die Perspektive für relevante Entwicklungsbedingungen und -prozesse verlorengeht. Es zeigte sich auch, daß die Suizidforschung auf zahlreiche Ergebnisse zunächst "sachfremder" Forschungsbereiche zurückgreifen und zur Relativierung und Differenzierung eigener Aussagen benutzen könnte, wenn die Selbstbeschränkung auf den Suizid aufgegeben würde. Da die Suizidforschung bis auf wenige Ansätze - wie DURKHEIMs soziologische Beschreibung suizidaler Bevölkerungsgruppen (1896), FREUDs inzwischen mehr historisch bedeutsame Theorie der Aggressionsumkehr oder RINGELs Beschreibung der Phänomenologie des präsuizidalen Syndroms - nur selten markante Fortschritte zu verzeichnen hatte, muß die Forderung JACOBS' nach einer Denkpause unterstützt werden. Es scheint dringend notwendig, die Erforschung des Suizids an beweisbaren, nachprüfbaren und reproduzierbaren Tatsachen zu orientieren und die Ausrichtung an medizinisch-psychiatrischer Nosologie oder an psychoanalytischer Theorie zu problematisieren. Ein - zunächst streng zu

formulierender - lerntheoretischer Ansatz bietet nach Meinung des Autors die gegenwärtig einzige Möglichkeit, die Entstehungsgeschichte eines Suizids für prophylaktische und therapeutische Eingriffe faßbar zu machen, wenn gleichzeitig die Ergebnisse und Einsichten auf ihren gesellschaftlichen Stellenwert hin überprüft werden. Ein erster Schritt in diese skizzierte Richtung sollte mit der vorliegenden Arbeit versucht werden.

Im einleitenden Teil war eine eigene Untersuchung vorgestellt worden, die die Aufgabe hatte, grob orientierende Daten einer suizidalen Population zu erarbeiten. Dort konnte die auch von anderen Autoren beschriebene Alters- und Geschlechtsverteilung von Populationen Jugendlicher mit Suizidversuch (Überrepräsentanz von 15-18jährigen Mädchen) bestätigt werden. Es gelang jedoch nicht, die suizidale Population von einer Population nicht-suizidaler psychisch kranker Jugendlicher durch Erhebung von Daten zur Familiensituation, zum sozialen Umfeld und zur Symptomatik statistisch abgesichert zu unterscheiden (sieht man davon ab, daß Suizidanten signifikant häufiger depressiv verstimmt waren).

Nach Meinung des Autors sind durch die Erhebung differenzierten Datenmaterials von suizidalen Populationen im Vergleich zum Material suizidfreier Vergleichspopulationen, durch Erhebung der wahren und behandelten Inzidenz und Prävalenz suizidalen Verhaltens in Abhängigkeit von der sozialen Situation, sowie durch differenzierte und standardisierte Diagnostik suizidaler Probanden - wieder im Vergleich zu nicht-suizidalen Probanden - therapeutisch und prophylaktisch relevante Ergebnisse zur Verteilung und Genese suizidalen Verhaltens zu erarbeiten.

C T A B E L L A R I S C H E R A N H A N G

Verzeichnis der Tabellen

- Tabelle 1: Patienten und Patienten mit Suizidversuch/Jahr
Tabelle 2: Selektion der Kontrollgruppe
Tabelle 3: nach GRÜNEBERG, IBE, 1972
Tabelle 4: Geschlechtsverteilung
Tabelle 5: Geschlechts- und Altersverteilung
Tabelle 6: "Fortgeschriebene Bevölkerung nach Altersjahren und Familienstand, Ende Februar 1973" (Stat. Jb. v. Berlin 1974)
Tabelle 7: soziale Herkunft
Tabelle 8: Familienverhältnisse
Tabelle 9: Familienverhältnisse/Schicht
Tabelle 10: Geschwister
Tabelle 11: durchschnittliche Kinderzahl
Tabelle 12: Geburt/Familienverhältnisse
Tabelle 13: Geburt/Schicht
Tabelle 14: Rangfolge der Schul- und Berufskategorien
Tabelle 15: Schule/soziale Herkunft
Tabelle 16: Schule/Familienverhältnisse
Tabelle 17: wirtschaftliche Verhältnisse
Tabelle 18: wirtschaftliche Verhältnisse/soziale Schicht
Tabelle 19: wirtschaftliche Verhältnisse/Familienverhältnisse
Tabelle 20: Wohnverhältnisse
Tabelle 21: Wohnverhältnisse/soziale Schicht
Tabelle 22: Wohnverhältnisse/Familienverhältnisse
Tabelle 23: Berufstätigkeit der Mutter
Tabelle 24: Berufstätigkeit/soziale Schicht
Tabelle 25: Berufstätigkeit/Familienverhältnisse
Tabelle 26: Symptomatik
Tabelle 27: Rangplätze der Symptomatik
Tabelle 28: Häufigkeit der Markierungen
Tabelle 29: Schichtverteilung der Symptommarkierungen
Tabelle 30: Familienverhältnisse und Markierungsverteilung
Tabelle 31: Angstsymptomatik
Tabelle 32: Kontaktstörungen

Tabelle 33: "sozial störende" Reaktionen

Tabelle 34: Leistungstörungen

Tabelle 35: Geschlechtsunterschiede (Leistungsversagen,
Konzentrationsstörungen)

Tabelle 36 (im Text) "Factors studied" aus: COHEN, MOTTO, SFIDEN

Tabelle 37 (im Text)

TABELLE 1: Patienten und Patienten mit Suizidversuch / Jahr

Jahr	Patienten	davon	Pat. mit S.v.	Quotient
1966	259		4	64,8:1
1967	300		7	42,9:1
1968	290		5	58,0:1
1969	255		4	63,8:1
1970	223		5	44,6:1
1971	250		2	125,0:1
1972	284		7	40,6:1
1973	256		3	85,3:1
1974	252		3(+8)	23,0:1

insgesamt:

40(+8 in dieser Arbeit nicht er-
faßte Patienten aus den
Monaten Mai-Dezember 1974)

TABELLE P: Selektion der Kontrollgruppe

Lfd.Nr.	Gruppen-Definition	N der selekt. Gesamt- popul.	N der Suizid- gruppe
1.	m, Alter 1, Herkunft II, Diagn I	1	1
2.	m, Alter 2, Herkunft I, Diagn I	55	3
3.	m, Alter 2, Herkunft II, Diagn I	66	1
4.	m, Alter 2, Herkunft III, Diagn I	22	1
5.	m, Alter 3, Herkunft I, Diagn I	2	2
6.	m, Alter 3, Herkunft II, Diagn I	40	5
7.	m, Alter 3, Herkunft III, Diagn I	18	3
8.	m, Alter 4, Herkunft II, Diagn I	7	1
9.	w, Alter 2, Herkunft I, Diagn I	14	1
10.	w, Alter 2, Herkunft II, Diagn I	31	4
11.	w, Alter 3, Herkunft I, Diagn I	25	5
12.	w, Alter 3, Herkunft II, Diagn I	37	10
13.	w, Alter 3, Herkunft III, Diagn I	13	2
14.	w, Alter 4, Herkunft I, Diagn I	1	1
Gesamt:	14 Gruppen	332	40

m = männlich, w = weiblich

Alter: 1: 9-11,11 Jahre

2: 12-14,11 Jahre

3: 15-17,11 Jahre

4: 18-20,11 Jahre

Herkunft: I: Arbeiter, II: Mittelschicht, III: Oberschicht

Diagnose: I: prim. od. vorwiegend psychogen

IIIa: allgem. Begabungsmängel

IIIb: isolierte Begabungsmängel

TABELLE 3 Familienverhältnisse/Schicht

Familie	SUIC				NSUIC				Gesamtpopulation			
	intakt		n.int.		intakt		n.int.		intakt		n.int.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
US	4	33,3	8	66,7	2	16,7	10	83,3	205	58	149	42
MS	12	54,5	10	45,5	15	68,2	7	31,8	375	71	153	29
OS	3	50,0	3	50,0	4	66,7	2	33,3	115	73	43	27
Gesamt	19	47,5	21	52,5	21	52,5	19	47,5	695	67	345	33

Statistik: SUIC: $\chi^2=1.41, df=2, p= .492$

NSUIC: $\chi^2=8.83, df=2, p= .121$

SUIC-NSUIC: $\chi^2=1.74, df=5, p> .5$

SUIC-Gesamtpop.: $\chi^2=7.3, df=5, p> .5$

NSUIC-Gesamtpop.: $\chi^2=7.55, df=5, p> .5$

(n.int: nicht intakt)

TABELLE 4: Geschlechtsverteilung

	SUIC		Gesamtpop.	
	N	%	N	%
männlich	17	42,5	701	67,4
weiblich	23	57,5	339	32,6
	40	100,0	1040	100,0

Statistik: $\chi^2=10,6 \quad df=1 \quad p[=] .01$

TABELLE 5: Geschlechts- und Altersverteilung

Alter	-6		-9		-12		-15		-18		-21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESAMT	M	75	11	199	28	187	27	137	19	109	15	
	W	46	14	69	20	78	22	64	19	84	25	n.a.
		121	12	268	28	263	28	196	19	192	18	
SUIC	M	0	0	0	0	1	5,9	5	29,4	8	47,1	3 17,6
	W	0	0	0	0	0	0	5	21,7	17	73,9	1 4,3
		0	0	0	0	1	2,5	10	26,0	25	62,5	4 10,0

M:männlich, W:weiblich, n.a.:nichtausgewertet

Statistik: Suic: $\chi^2 = 4,44$, $df=3$, $p = .22$

Geschlechtsverteilungsunterschied:

$\chi^2 = 28,2$, $df = 1$, $p = .01$

Altersverteilungsunterschied: (9-18-Jährige)

$\chi^2 = 31$ $df = 2$, $p = .01$

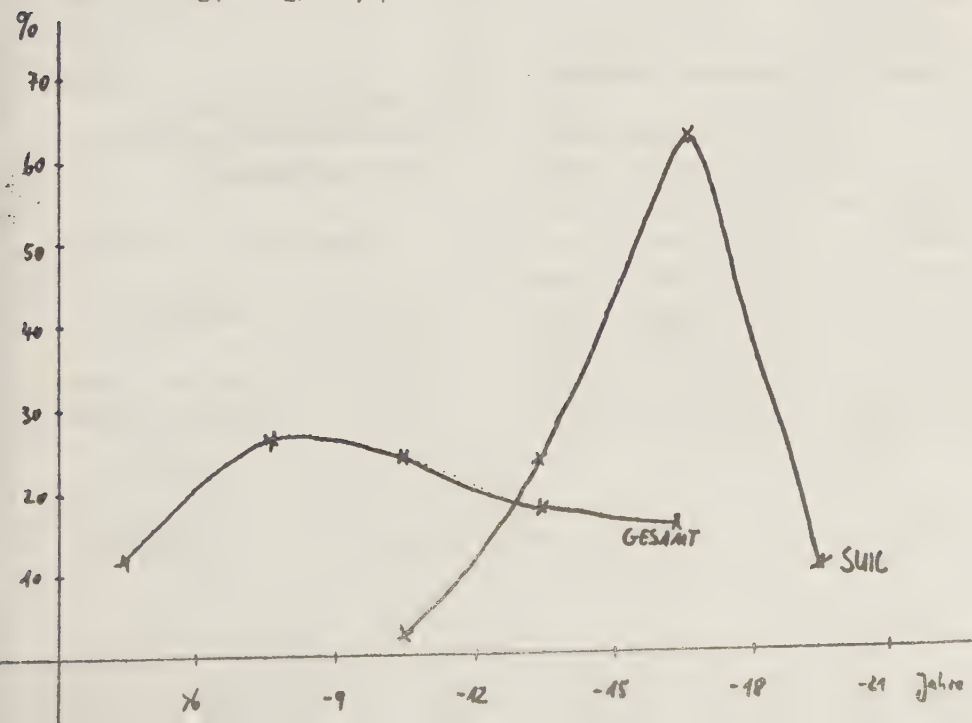


TABELLE 6: "Fortgeschriebene Bevölkerung nach Altersjahren und Familienstand, Ende 1973" aus: Statistik. Jh. v. Berlin 1974

Alter		männl.	weibl.
8- 9	24 647	12 695	11 952
9-10	25 140	12 889	12 251
10-11	24 515	12 533	11 982
11-12	23 013	11 723	11 290
12-13	21 948	11 258	10 690
13-14	20 886	10 797	10 089
14-15	20 074	10 355	9 719
15-16	18 270	9 270	9 000
16-17	17 600	9 171	8 429
17-18	17 829	9 193	8 636
18-19	19 096	10 007	9 089
19-20	21 075	10 729	10 346
20-21	22 796	11 374	11 422

2 047 948 903 945 1 144 003

TABELLE 7: soziale Herkunft

	SUIC		Gesamtpop.	
	N	%	N	%
US	12	30	354	34
MS	22	55	528	50,8
OS	8	15	158	15,2
	40	100	1040	100

US= Unterschicht
MS= Mittelschicht
OS= Oberschicht

Statistik: $\chi^2 = 0,23, df=2$

TABELLE 8: Familienverhältnisse

Familie	SUIC		NSUIC			SUIC= Gruppe mit Suizidversuch NSUIC= Kontroll- gruppe
	N	%	N	%		
intakt	19	47,5	21	52,5	40	
nicht intakt	21	52,5	19	47,5	40	
	40		40		80	

TABELLE 9: Familienverhältnisse/Schicht (in%)

Familie:	SUIC		NSUIC		Gesamtpop.		
	intakt	n.intakt	intakt	n.intakt	intakt	n.intakt	
US	33,3	66,7	16,7	83,3	50	42	je 100
MS	54,5	45,5	68,2	31,8	71	29	je 100
NS	50,0	50,0	68,7	33,3	73	27	je 100
Gesamt	47,5	52,5	52,5	47,5	67	33	je 100

Statistik: SUIC-Gesamt: $\chi^2=8.4, df=1, p<.1$

NSUIC-Gesamt: $\chi^2=3.6, df=1, p<.1$

TABELLE 10: Geschwister

	Einzelkind		1 Geschw.		2 Geschw.		3 und mehr G.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SUIC	14	35	14	35	7	17,5	5	12,5
NSUIC	11	27,5	16	40	10	25	3	7,5
	25		30		17		8	

Statistik: $\chi^2=1.52, df=3, p=.68$

TABELLE 11: durchschnittliche Kinderzahl

	SUIC	NSUIC	
Unterschicht	2,7	2,4	
Mittelschicht	2,1	2,2	
Oberschicht	1,7	2,1	(Für "3 und mehr Kinder" wurden 5 Kinder berechnet)

TABELLE 12: Geburt/Familienverhältnisse

a) SUIC

	unehel.	vorehel.	gezeugt	ehel.
intakt	0	3		16
nicht intakt	6	3		12
zus.	6	6		28
				40

b) NSUIC

intakt	0	2	19	21
nicht intakt	5	4	9	18
zus.	5	6	28	39
				(Für 1 Pb keine Angabe)

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 6.48$, $df = 2$, $p = .039$

NSUIC: $\chi^2 = 10.16$, $df = 2$, $p = .0172$

TABELLE 13: Geburt/Schicht

a) SUIC

	unehel.		vor-ehel. gezeugt		ehel.		
	N	%	N	%	N	%	
US	8	50,0	0	0	8	50,0	12
MS	0	0	5	22,7	17	77,3	22
NS	0	0	1	16,7	5	83,3	6
	6	15,0	6	15,0	28	70,0	40

b) NSUIC

US	3	25,0	3	25,0	5	41,7	11
MS	2	8,1	3	13,6	17	77,3	22
NS	0	0	0	0	8	100,0	8
	5	12,5	6	15,0	28	70,0	39

[Für 1 Pb keine Angabe]

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 17,691$, $df=4$, $p = .0014$

NSUIC: $\chi^2 = 8,83$, $df=6$, $p = .183$ [berechnet auf 40 Pb.]

TABELLE 14: Rangfolge der Schul- und Berufskategorien

a)

	SUIC		NSUIC		% von Ges.
	N	%	N	%	
1 Volksschule	6	15,0	8	20,0	17,5
2 Mittelschule	3	7,5	8	20,0	13,8
3 Oberschule	19	47,5	14	35,0	41,3
4 Sonderschule	2	5,0	1	2,5	3,8
5 Lehre	6	15,0	3	7,5	11,3
6 berufstätig	1	2,5	4	10,0	6,3
7 schul-,berufs- unfähig	1	2,5	1	2,5	2,5
8 Fach- und Hoch- schule	0	0	1	2,5	1,3
9 ohne Tätigkeit arbeitslos	2	5,0	0	0	2,5

b) Rangfolge:

SUIC	NSUIC
Oberschule	Oberschule
Volksschule	Volksschule
Lehre	Mittelschule
Mittelschule	berufstätig
Sonderschule	Lehre
arbeitslos	

Statistik für a): $\chi^2 = 9.45, df = 8, p = .308$

TABELLE 15: Schule/soziale Herkunft

a) SUIC

	Schule		Beruf Lehre		Sonder- schule		ohne Tätigk.		Fach- schule	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
US	7	58,3	4	33,3	1	8,3	0	0	0	0
MS	17	77,3	3	13,8	0	0	1	4,5	1	4,5
NS	6	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0
	30		7		1		1		1	

b) NSUIC

US	5	41,7	3	25,0	2	16,7	2	16,7	0	0
MS	17	77,3	4	18,2	0	0	1	4,5	0	0
NS	6	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0
	28		7		2		3		0	

Statistik: $\chi^2 = 22,36$, $df=14$, $p = .0718$ (SUIC) (Für alle 9 Kategorien berechnet)

$\chi^2 = 21,07$, $df=14$, $p = .0998$ (NSUIC)

TABELLE 16: Schule/Familie

a) SUIC

	Schule		Beruf Lehre		Sonder- schule		ohne Tätigk.		Fach- schule	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
intakt	15	79,0	3	15,8	0	0	0	0	1	5,3
nicht intakt	15	71,3	4	19,0	1	4,8	1	4,8	0	0
	30		7		1		1		1	

b) NSUIC

intakt	17	81,0	3	14,3	0	0	1	4,8	0	0
nicht intakt	11	57,8	4	21,1	2	10,5	2	10,5	0	0
	28		7		2		3		0	

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 3,24$, $df=7$, $p = .86$ (Für alle 9 Kategorien berechnet)

NSUIC: $\chi^2 = 11,42$, $df=7$, $p = .1481$

TABELLE 17: wirtschaftliche Verhältnisse

	SUIC		NSUIC		SUIC+ NSUIC		Gesamt- popul.
	N	%	N	%	N	%	
gut	17	42,5	15	37,5	32	40,0	41
aus- reichend	18	45,0	24	60,0	42	52,5	52
schlecht	5	12,5	1	2,5	6	7,5	7
	40		40		80		

Statistik SUIC-NSUIC: $\chi^2 = 3.65$, $df=2$, $p = .161$

TABELLE 18: wirtschaftliche Verhältnisse/soziale Schicht

a) SUIC

	gut		aus- reichend		schlecht		N
	N	%	N	%	N	%	
US	3	25,0	6	50,0	3	25,0	12
MS	8	36,4	12	54,5	2	9,1	22
OS	6	100,0	0	0	0	0	6
	17		18		5		40

b) NSUIC

US	1	8,3	10	83,3	1	8,3	12
MS	10	45,5	12	54,5	0	0	22
OS	4	66,7	2	33,3	0	0	6
	15		24		1		40

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 11.39$, $df=4$, $p = .0225$

US+MS - OS: $\chi^2 = 8.09$, $df=2$, $p < .05$

NSUIC: $\chi^2 = 8.897$, $df=4$, $p = .0681$

TABELLE 19: wirtschaftliche Verhältnisse/Familienverhältnisse

e) SUIC

	gut		ausreichend		schlecht		N
	N	%	N	%	N	%	
intakt	10	52,2	9	47,4	0	0	19
nicht intakt	7	33,3	9	42,9	5	23,8	21
	17		18		5		40

h) NSUIC

intakt	12	57,1	9	42,9	0	0	21
nicht intakt	3	15,8	15	79,9	1	5,3	19
	15		24		1		40

Statistik: NSUIC: $\chi^2 = 7,82$, $df=2$, $p = .02$

SUIC: $\chi^2 = 5,44$, $df=2$, $p = .066$

TABELLE 20: Wohnverhältnisse

	SUIC		NSUIC		SUIC+ NSUIC		Gesamtpop.
	N	%	N	%	N	%	
gut	17	42,5	21	52,5	38	47,5	46
ausreichend	15	37,5	11	27,5	26	32,5	37
schlecht	8	20,0	7	17,5	15	18,7	17
	40		39		79		

[Für 1 Pb der Kontrollgruppe fehlt die Angabe.]

Statistik: $\chi^2 = 2,10$, $df=3$, $p = .551$

TABELLE 21: Wohnverhältnisse/soziale Schicht

a) SUIC

	gut		ausreichend		schlecht		N
	N	%	N	%	N	%	
US	2	16,7	6	50,0	4	33,3	12
MS	9	40,9	9	40,9	4	18,2	22
NS	6	100,0	0	0	0	0	6
	17		15		8		40

b) NSUIC

US	5	41,7	5	41,7	1	8,3	11
MS	13	59,1	4	18,2	5	22,7	22
NS	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6
	21		11		7		39 (Für 1 Pb keine Angaben)

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 11.686$, $df=4$, $p = .0198$

NSUIC: $\chi^2 = 5.357$, $df=6$, $p = .4988$ (Berechnung auf 40 Pb.)

TABELLE 22: Wohnverhältnisse/Familienverhältnisse

a) SUIG

	GUT		BEG- reichend		schlecht		N
	N	%	N	%	N	%	
intakt	8	42,1	9	47,4	2	10,5	19
nicht intakt	9	42,9	8	28,6	6	28,6	21
	17		15		8		40

b) NSUIG

intakt	13	61,9	5	23,8	3	14,3	21
nicht intakt	8	42,1	6	31,6	4	21,1	19
	21		11		7		39 [Für 1 Pb keine Angaben]

Statistik: SUIG: $\chi^2 = 2.566$, $df=2$, $p = .277$

NSUIG: $\chi^2 = 2.330$, $df=3$, $p = .507$ (auf 40 Pbn be-
rechnet)

Tabelle 23: Berufstätigkeit der Mutter

nicht tätig	13	32,5	18	45,0	31
stundenweise	8	20,0	10	25,0	18
ganztätig	18	40,0	12	30,0	28
	37		40		77 (keine Angaben bei 3 Pbn)

Statistik: $\chi^2 = 4,60$, $df=3$, $p = .204$

TABELLE 24: Berufstätigkeit der Mutter/soziale Schicht

a) SUIC

	nicht. tätig		stunden- weisen		tage- weisen		N
	N	%	N	%	N	%	
US	2	16,7	2	16,7	6	50,0	10
MS	10	45,5	3	13,6	8	36,4	21
NS	1	16,7	3	50,0	2	33,3	6
	13		8		16		37

b) NSUIC

US	8	66,7	0	0	4	33,3	12
MS	6	27,3	10	45,5	8	27,3	22
NS	4	66,7	0	0	2	33,3	6
	18		10		12		40

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 8,227$, $df=6$, $p = .413$ (keine Angaben für 3 Pbn, Berechnung auf 40 Pbn.)

NSUIC: $\chi^2 = 11.717$, $df=4$, $p = .0196$

SUIC <-> NSUIC: $\chi^2 = 11,92$, $df=8$, $p = .10$

TABELLE PB: Berufstätigkeit der Mutter/Familienverhältnisse

a) SUIC

	NICHT tätig		stunden- weise		tage- weise		N
	N	%	N	%	N	%	
intakt	9	47,4	5	28,3	5	26,3	19
nicht intakt	4	19,0	3	14,3	11	52,4	18
	13		8		16		37

b) NSUIC

intakt	12	57,1	7	33,3	2	9,6	21
nicht intakt	8	31,8	3	18,8	10	52,6	19
	19		10		12		40

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 7.592$, $df=3$, $p = .0552$ (Für 3 Pbn
lagen keine Angaben vor. Berechnung auf 40 Pbn)

NSUIC: $\chi^2 = 8.856$, $df=2$, $p = .0119$

TABELLE 26: Symptomatik

	SUIC		NSUIC		SUIC+NSUIC		n
	N	%	N	%	N	%	
A Magenbeschwerden	4	10,0	3	7,5	7	8,8	1,0
Erstörungen	7	17,5	7	17,5	14	17,5	.8
Darmfunkt.Störungen	3	7,5	1	2,5	4	5,0	.6
Bauchbeschwerden	0	0	1	2,5	1	1,3	1,0
Enkopresie	1	2,5	0	0	1	1,3	1,01
Enuresis noct.	1	2,5	1	2,5	2	2,5	.5
Mot.Funkt.Störungen	3	7,5	4	10,0	7	8,8	1,0
Stottern	2	5,0	3	7,5	5	6,3	1,0
Herzbeschwerden	3	7,5	4	10,0	7	8,8	1,0
vasomot.störungen	4	10,0	6	15,0	10	12,5	.7
Ohnmachten	5	12,5	6	15,0	11	13,8	1,0
Kopfschmerzen	11	27,5	7	17,5	18	22,5	.4
Sexual-Genitalfunkt. störungen	1	2,5	4	10,0	5	6,3	.35
Hautaffektionen	1	2,5	6	12,5	6	7,5	.2
Haarausreißen	0	0	1	2,5	1	1,3	1,0
Zähneknirschen	1	2,5	0	0	1	1,3	1,0
exzessive Masturbat.	1	2,5	0	0	1	1,3	1,0
Ejaculationen	0	0	2	5,0	2	2,5	.5
Lutschen(Fingeretc)	1	2,5	2	5,0	3	3,8	1,0
Nägelknabbern	9	22,5	5	12,5	14	17,5	.4
Schlafstörungen	13	32,5	9	22,5	22	27,5	.45
B Angstersch.(frei)	6	15,0	3	7,5	9	11,3	.5
Situationsangst	10	25,0	7	17,5	17	21,3	.6
objektgeb.Angst	2	5,0	8	20,0	10	12,5	.09
nicht obj.geb.Angst	6	15,0	4	10,0	10	12,5	.7
Zwänge(Vorat.,Handl.)	2	5,0	1	2,5	3	3,8	1,0
depressive Verst.	40	100,0	12	30,0	52	65,0	<.001
allgem.Stimmungs- störungen	12	30,0	9	22,5	21	26,3	.6
Strg.d.Selbstwertgef.	14	35,0	11	27,5	25	31,3	.6
gest.Beziehungsarl.	0	0	1	2,5	1	1,3	1,0
gest.Gefühl zu sich und anderen	2	5,0	1	2,5	3	3,8	1,0
C Ängstlich	7	17,5	9	22,5	16	20,0	.8
schüchtern,verschlos- sen	17	42,5	19	47,5	36	45,0	.8
kontakteleüchtig, körpernd	2	5,0	2	5,0	4	5,0	.8

nach TABELLE 26: Symptomatik

	SUIC		NSUIC		SUIC+NSUIC		n
	N	%	N	%	N	%	
einzelgängerisch, mutistisch	13	32,5	12	30,0	25	31,3	1.0
ausweichend	9	22,5	11	27,5	20	25,0	.8
eingeeengt	6	15,0	5	12,5	11	13,8	1.0
Überangepaßt	8	20,0	12	30,0	20	25,0	.4
Übersteigert	5	12,5	5	12,5	10	12,5	.7
unangepaßt	7	17,5	8	20,0	15	18,7	1.0
Überschießend	3	7,5	2	5,0	5	6,3	1.0
schwindeln, lügen	7	17,5	7	17,5	14	17,5	.8
wagnehmen, stehlen	8	20,0	6	15,0	14	17,5	.8
fortlaufen, bummeln	10	25,0	4	10,0	14	17,5	1.0
Schule-, Arbeit- schwänzen	10	25,0	5	12,5	15	18,5	.25
grob aggressiv	3	7,5	0	0	3	3,8	.2
sex. auffällig	3	7,5	4	10,0	7	8,8	1.0
D plan-, ziellos, verlangsamt	10	25,0	10	25,0	20	25,0	.8
lustlos	6	15,0	5	12,5	11	13,8	1.0
unselbständig	1	2,5	3	7,5	4	5,0	.6
unaufmerksam	0	0	4	10,0	4	5,0	.1
Übertrieben ehrgeizig	5	12,5	4	10,0	9	11,3	1.0
Konzentrations- störungen	8	40,0	5	12,5	13	16,3	.5
Leistungsversagen	16	40,0	14	35,0	30	37,5	.9
E manifeste Ver- wahrlosung	1	2,5	2	5,0	3	3,8	.2
Verwahrlosungs- gefährdung	11	27,5	5	12,5	16	20,0	
Angstsymptomatik	14	35,0	13	32,5	27	33,8	
Kontaktstörungen	24	60,0	26	65,0	50	62,5	
sozial störend	18	45,0	11	27,5	29	36,3	
gest. Leistungsverh.	14	35,0	13	32,5	27	33,8	
gest. Leistung(ges.)	24	60,0	20	50,0	44	55,0	

TABELLE 27: Rangplätze der Symptomatik

	SUIC	Rangplatz	NSUIC	Nennungen
47	depressive Verstimmung	1	schüchtern, verschlossen	19
48	schüchtern, verschlossen	2	Leistungsversagen	14
49	Leistungsversagen	3	überangepaßt	12
			einzelgängerisch, mutistisch	12
			depressive Verstimmung	12
50	Störung des Selbstwertgefühls	4	Störung des Selbstwertgefühls	11
			ausweichend	11
51	einzelgängerisch, mutistisch	5	plan-, ziellos, verlangsamt	10
52	Schlafstörungen			
53	allgemeine Stimmungsstörungen	6	ängstlich	9
			allgemeine Stimmungsstörungen	9
			Schlafstörungen	9
54	Verwahrlosungsgefährdung	7	unangepaßt	8
55	Kopfschmerzen			
56	plan-, ziellos, verlangsamt	8	Kopfschmerzen	7
57	Schuler-, Arbeitschwächen		schwindeln, lügen	7
58	fortlaufen, bummeln		Eßstörungen	7
59	Situationsangst		Situationsangst	7
60	ausweichend	9	wegnehmen, stehlen	6
	Alkoholmissbrauch		ohnschelten	5
			vegetativ-veget. Störungen	5

nach TABELLE 27: Rangplätze der Symptomatik

Nennungen	SUIC	Rangplatz	NSUIC	Nennungen
9	Konzentrationsstörungen	1c	Konzentrationsstörungen	5
9	wegerehren, stehlen		Verwahrlosungsgefährdung	5
8	Überangeboten		lustlos	5
			Schule-, Arbeitsschwächen	5
7	schwindeln, lügen		Übersteigert	5
7	unangeboten	11	Nägelknabbern	5
7	ängstlich		eingeeengt	5
7	Störungen		Hautaffektionen	5

TABELLE 28: Häufigkeit der Markierungen/Symptom

Markierungen	Anzahl der Symptome		
	SUIC	NSUIC	SUIC+NSUIC
0	8	7	15
1	9	7	16
2	5	5	10
3	6	4	10
4	2	8	10
5	3	8	11
6	4	3	7
7	4	4	8
8	3	2	5
9	2	3	5
10	4	1	5
11	2	2	4
12	1	3	4
13	2	0	2
14	1	1	2
15	0	0	0
16	1	0	1
17	1	0	1
18	0	0	0
19	0	1	1
40	1	0	1

TABELLE 29: Schichtverteilung der Symptommarkierungen

Symptomkategorie	Schicht	SUIC	NSUIC	Pat./Schicht	Quotienten (Markierung/Patient)	
					SUIC	NSUIC
a) Körperlich, psychosomatisch	US	14	12	12	1.17	1.00
	MS	25	22	22	1.05	1.00
	NS	2	11	5	0.03	1.03
b) Körperlich, motorisch	US	2	6	12	0.17	0.50
	MS	11	10	22	0.50	0.46
	NS	3	1	6	0.50	0.17
Schlaf	US	4	1	12	0.23	0.08
	MS	8	5	22	0.36	0.23
	NS	1	3	6	0.17	0.50
c) psychisch (Zwänge, Ängste)	US	9	5	12	0.75	0.42
	MS	15	13	22	0.68	0.59
	NS	2	5	6	0.33	0.83
d) psychisch (Stimmung, Depression Selbstwert)	US	21	13	12	1.75	1.08
	MS	37	17	22	1.68	0.77
	NS	10	4	6	1.67	0.67
e) Verhalten (Kontakt zur Umwelt)	US	24	27	12	2.0	2.25
	MS	39	46	22	1.72	2.1
	NS	12	10	6	2.0	1.68

nach TABELLE 29: Schichtverteilung der Symptommarkierungen

Symptomkategorie	Schicht	SUIC	NSUIC	Pat./Schicht	Quotienten (Markierungen/Patient)	
					SUIC	NSUIC
f) Verhalten	US	8	8	12	0,75	0,67
	MS	24	16	22	1,09	0,73
	NS	8	0	6	1,34	0,0
g) Sexualitätsstö- rungen	US	2	2	12	0,17	0,17
	MS	2	2	22	0,09	0,09
	NS	0	0	6	0,0	0,0
h) Leistung	US	12	14	12	1,0	1,17
	MS	22	21	22	1,0	0,96
	NS	12	10	5	2,0	1,67
i) Verwirrlosung	US	5	3	12	0,42	0,25
	MS	5	4	22	0,23	0,18
	NS	2	0	6	0,33	0,0
Insgesamt	US	102	91	12		
	MS	187	156	22		
	NS	52	44	6		
Markierungen/patient	US	8,5	7,6			
	MS	8,5	7,1			
	NS	8,7	7,3			

(Die Einteilung der Kategorien a-i)
entspricht der im Text angegebenen)

TABELLE 3a: Familienverhältnisse und Markierungsverteilung

Symptomkategorie	Fam.-verh.	SUIC	NSUIC
a) körperlich psychosomatisch	intakt	19	36
	nicht intakt	22	9
b) körperlich, motorisch	intakt	10	10
	nicht intakt	8	7
Schlaf	intakt	8	7
	nicht intakt	5	2
c) psychisch (Zwänge, Ängste)	intakt	11	20
	nicht intakt	15	18
d) psychisch (Stimmung, Depress., Selbstwert)	intakt	37	16
	nicht intakt	31	18
e) Verhalten (Kontakt zur Umwelt)	intakt	41	51
	nicht intakt	33	32
f) Verhalten	intakt	18	14
	nicht intakt	23	10
g) Sexualitäts- störungen	intakt	2	2
	nicht intakt	2	2
h) Leistung	intakt	24	19
	nicht intakt	22	26
j) Verwahrlosung	intakt	8	3
	nicht intakt	8	4
Insgesamt	intakt	176	178
	nicht intakt	185	113
Markierungen/Pat.	intakt	8,3	8,45
	nicht intakt	7,85	5,95

(Die Einteilung der Kategorien a-j entspricht der im Text angegebenen.)

TABELLE 31: Angestsymptomatik (nach Elimination von Mehrfachmarkierungen)

	SUIC		NSUIC	
	N	%	N	%
US	5	41,7	3	25,0
MS	8	36,4	8	36,4
NS	1	18,7	2	33,3
ZUS.	14		13	
intakt	5	31,6	10	47,8
nicht intakt	8	38,1	3	15,8
ZUS.	14		13	

TABELLE 32: Kontaktstörungen (Elimination von Mehrfachmarkierungen)

	SUIC		NSUIC	
	N	%	N	%
US	7	58,3	10	83,3
MS	13	59,1	14	63,3
NS	4	68,7	2	33,3
ZUS.	24		26	
intakt	14	73,7	15	71,4
nicht intakt	10	47,6	11	57,9
ZUS.	24		26	

TABELLE 33: "sozial störende" Reaktionen (nach Elimination von Mehrfachmarkierungen)

	SUIC		NSUIC	
	N	%	N	%
US	5	58,3	3	25,0
MS	10	59,1	8	36,4
NS	3	66,7	0	0,0
ZUS.	18		11	
intakt	8	31,6	6	28,6
nicht intakt	12	67,1	5	26,3
ZUS.	18		11	

TABELLE 34: Leistungstörungen (nach Elimination von Mehrfachmarkierungen)

a) Leistungsverhalten

	SUIC		NSUIC	
	N	%	N	%
US	3	26,0	4	33,3
MS	6	27,3	6	22,3
NS	5	83,3	3	50,0
ZUS.	14		13	
intakt	9	47,4	5	23,8
nicht intakt	5	23,8	8	42,1
ZUS.	14		13	

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 7.266$
df=2, p= .0264

NOCH TABELLE 34

b) Leistungsverhalten + Leistungsverlegen + Konzentrations-
störungen

	SUIC		NSUIC	
	N	%	N	%
US	7	58,3	6	50,0
MS	12	54,5	10	45,5
NS	5	83,3	4	66,7
ZUS.	24		20	
intakt	13	58,4	11	52,4
nicht intakt	11	52,4	9	47,4
ZUS.	24		20	

TABELLE 35: Geschlechtsunterschiede

a) Leistungsverlegen

	SUIC		NSUIC	
	N	%	N	%
männ.	10	58,8	8	35,3
weibl.	6	26,1	8	34,8
ZUS.	16		14	

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 3.1$, $df=1$, $p = .08$

noch TABELLE 35

b) Konzentrationsstörungen

männl.	6	35,3	3	17,6
weibl.	2	8,7	2	8,7
	8		5	

Statistik: SUIC: $\chi^2 = 2,8$, $df=1$, $p = .09$

Literaturverzeichnis

- Altmann, A., Sletten, I.W., Eaton, M.E. Ulett, G.A., Demographic and Mental Status Profiles, Psych. Quaterly, Vol. 45, S.57-64
- 'Anlaß klar, Ursache unklar' Selecta 42, 8, 1972, S.3900
- Ansbacher, H.L., Suicide as communication: Adler's concept and current applications, J.of Individual Psych.25(2), 1969, S.174-180
- Ausubel, D.P., Das Jugendalter, Juventa, München, 3.Aufl.1971
- Ballusek, L.v. Selbstmord, Konkret Sept. 1965, S.6-9
- Balser, B.H., Masterson, J.F. Suicide in Adolescents, Am.J.of psych. Vol.116, 1958, S.400-404
- Bandura, A., Walters, R.R. Der Erwerb aggressiver Verhaltensweisen durch soziales Lernen, in: A.Schmidt-Mummendey, H.D.Schmidt, Aggressives Verhalten, Juventa, München, 1971
- Beall, L., The dynamics of suicide: a review of the literature, 1897-1965, Bulletin of Suicidology 1969(march), S.1-16
- Beck, A.T., Depression, Staples Press. London 1967
- Beck, G., Autorität im Vorschulalter, Beltz, Weinheim, Basel, 1973
- Bleuel, H.B., Kinder in Deutschland, Hanser, München. 1971
- Bollea, G., Mayer, R., Psychopathology of suicide in the Formative years, Acta paedopsych. 35, 1968, S.336-344
- Bosch, G., Zum Gewicht sozialer Faktoren bei Verlauf und Behandlung psychischer Krankheiten, in: K.Dörner, U.Plog, (ed.) Sozialpsychiatrie, Luchterhand, Berlin, 1972, S.21-40
- Braun, Ch., Selbstmord, Goldmann, München, 1971
- Brückner, P., Zur Sozialpsychologie des Kapitalismus, Europ. Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1972
- Caesar, B., Autorität in der Familie, Rowohlt, Hamburg, 1972
- Caruso, I.A., Soziale Aspekte der Psychoanalyse, Rowohlt, Hamburg 1972
- Cazzullo, G.L., Balestri, L., Generali, L., Some remarks on the attempted suicide in the period of adolescence, Acta paedopsych.35, 1968, S.373-375
- Cerny, L., Telefonische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Leitung des Vertrauens, Acta paedopsych.35, 1968, S.274-278
- Clarke, A.D.B. und A.M., Some recent advances in the study of early deprivation, J.Child Psych.Psychiat. 1, 26, 1960
- Cohen, E., Molto, J.A., Seiden, R.D., An instrument for evaluating suicide potential: a preliminary study, Am.J.Psychiat. Vol.122, 1966, S.886-891
- 'Coping with Depression', Newsweek, Jan.15, 1973, S.33-37

- Deppe, H.-U., u.a., Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, pahl-Rugenstein, Köln, 1973
- 'Die letzte Antwort', Die Zeit, 1/2 1973, S.33
- Doroff, D.R., Attempted and gestured suicide in adolescent girls (1968), Diss.Abstr. 1970, 2631-B
- Duché, D.J., Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent, Acta paedopsych. 35, 1968, S.345-372
- Dührssen, A. Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen, Beiheft zur Praxis d.Kinderpsych.Kinderpsychiat. 9, 1967
- Duhm, D., Angst im Kapitalismus, Kübler, 4. Aufl. 1974
- Durkheim, E. Suicide, (1897), Glencoe, Ill. 1951
- Erikson, E.H., Identität und Lebenszyklus, Suhrkamp, Frankf./M. 1966
- Federn, P. Selbstmordprophylaxe in der Analyse, Zeitschr.f. psychoanalyt.Päd. III.Jg. 1928/29, S.379-389
- Fischer, H. Selbstmord und Selbstmordversuch im frühen Reifungsalter, med.Diss., Erlangen-Nürnberg, 1970
- Förster, E., Kinderselbstmord, Jb.f.Jugendpsychiat. Bd.I, Huber, 1956, S.69-77
- Freud, S., Trauer und Melancholie, Ges.Werke, Bd.10
- Ganzler, S. Some interpersonal and social dimensions of suicidal behavior, Diss.Abstr. 1967
- Gefesselte Jugend, Fürsorgeerziehung im Kapitalismus, edition suhrkamp, Frankfurt/M. 1971
- Geisler, E., Selbstmord und Todessehnsucht im Kindesalter, Psychiat., Neurol., Med.Psych., 1953, S.210-216
- Geraud, J., Moron, P., Miedzyrzecki, J., Adolescence et tentative de suicide, Acta paedopsych., 35, 1968, S.367-388
- Gleiss, I., Seidel, R., Abholz, H., Soziale Psychiatrie, Fischer, Frankfurt/M., 1973
- Gold, M. Suicide, Homicide, and Socialisation of Aggression, AJS 1958, S.651
- Grüneberg, F., Ibe, K., Suizidversuche mit Hypnotika, Psychopharmaka und Analgetika, D.Internist 13, 1972, S.209-215
- Habermas-Arbeitskreis, Jugendkriminalität und totale Institution (Materialien), 1972, darin Kap. Aggression und Selbstmord
- Haffter, C., Selbstmord in kulturellem Zusammenhang, S.49-60, in: Haffter, C., Waage, G., Zumpe, L., Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen, Psychol.Praxis, Basel, 1966
- 'Harte Methoden', Der Spiegel 51, 1972, S.44
- Hartmann, K., Ein Beitrag zur Psychopathologie minderjähriger Suizidanten, Praxis d.Kinderpsych.Kinderpsychiat., 19, 1970, S.168-170
- Hattem, J.V., The precipitating role of discordant interpersonal relationship in suicidal behavior, Diss.Abstr. 25(2), 1964/65 1430

- Heilig, S.M., Training in suicide prevention, Bulletin of Suicidology, 1970(sept), no.6, S.41-44
- Helmrich, M., Suizidales Verhalten in psychoanalytischer Sicht, Dyn.Psychiat. 14/15 1972, S.75-80
- Hendin, M., Suicide and scandinavia, NewYork, London 1964
- Henry, A.F., Short, J.F., Suicide and homicide, Glencoe, Ill. 1965
- Hibert, B.-U., Selbstmordversuch und sozialer Hintergrund, med. Diss., Bonn 1971
- Hill, M.N., Suicidal behavior in adolescents and its relationship to the lack of parental empathy (1969), Diss.Abstr. 1971, A-472
- Hoernle, E. Grundfragen proletarischer Erziehung (1929), foto-mechanischer Wiederdruck, Berlin 1969
- Holtzem, D., Selbstmordversuche und "broken-home", med.Diss. Bonn 1972
- Homburger, A., Der Selbstmord im Kindesalter, aus: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters, Berlin, 1926, S.579
- Jacobs, J., Selbstmord bei Jugendlichen, Kösel, München, 1974
- Kleininger, O., Nagy, K., Lipak, J., Psychologische Testuntersuchungen bei Jugendlichen nach Selbstmordversuch, Zeitschr.f. Heilpäd. 8, 1971, S.521-525
- Knoche, W., Das "Sittengesetz" und andere unbestimmte Rechtsbegriffe, Vorgänge, 1, 1973, S.71-74
- 'Krankheit zum Tode', Der Spiegel, 5, 1963, S.32-44
- Laing, D., Phillipson, H., Lee, A.R., Interpersonelle Wahrnehmung, edition suhrkamp 499, Frankfurt/M. 1971
- 'Letzter Appell', Der Spiegel, 9, 1973, S.48
- Levenson, M., Neuringer, Ch., Problem-solving behavior in suicidal adolescents, J.of Consulting and Clinical Psych. 1971, Vol. 3, No.3, S.433-436
- Linden, J., Der Suizidversuch als soziologisches Krisenbild, Arztl.Praxis, Jan. 1969
- Linden, J., Der Suizidversuch, Enke, Stuttgart, 1969
- Litman, R.E., Tabachnik, N.D., Psychoanalytic theories of suicide, in: H.L.P. Resnik: Diagnosis and Management, Boston 1968, S.73-81
- Löwnau, H.P., Störungen der Intentionalität am Beispiel des Suicids im Kindes- und Jugendalter, Acta paedopsych. 1964, Heft 1, S.12-19
- Löwnau, H.P., Suizidale Tendenzen bei neurotischen Kindern und Jugendlichen, Praxis d. Kinderpsych. Kinderpsychiat. 19, 1970, S.101-107
- McCulloch, J.W., Philip, A.E. Suicidal behaviour, Pergamon Press Oxford 1972
- Marcuse, H., u.a., Aggression und Anpassung in der Industriegesellschaft, edition suhrkamp, Frankfurt/M. 1968

- Meyer, E., Zur Klinik der Reifungskrisen, in: D. Langen, H. Stolze (ed.), Die Pubertät als kritisches Stadium, Lehmanns, München, 1967, S. 29-36
- Milhoffer, P., Familie und Klasse, Fischer, Frankfurt/M. 1973
- Morrison, G.C., Collier, J.G., Family treatment approaches to suicidal children and adolescents, Jof am. Academy of Child Psychiat. Vol. 8, 1969, S. 140-153
- Moser, T., Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur, Frankfurt/M., Suhrkamp, 1970
- Motanky, C.S., The role of acting out and identification in adolescent suicidal behavior (1970), Diss. Abstr. 1972, 7606-B
- Müller-Küppers, M., Schilf, E., Beiträge zur Kinderpsychologie, III. Selbstmord bei Kindern, Psychiat., Neurol., Med. Psych. 1955, S. 42-53
- Neuringer, Ch., An exploratory study of suicidal thinking, Diss. Abstr. 21(5,6) 1960/61, 1257
- Nissen, G., Depression und Suizidalität in der Pubertät, Ztschr. f. Allgemeinmed. 10, 1973
- Ockel, H.H., Entwurf zu einem Diagnosenschema für Erziehungsberatungsstellen, Praxis d. Kinderpsych. 13, 1964, S. 273-283
- Oerter, R., Moderne Entwicklungspsychologie, Donauwörth, 1969
- Otto, U., Suicidal attempts in adolescence and childhood. States of mental illness and personality variables, Acta paedopsych. 31, 1964, S. 397-411
- Otto, U., Suicidal attempts made by pregnant women under 21 years, Acta paedopsych. 32, 1965, S. 276-288
- Peck, M.L., Research and training in prevention of suicide in adolescents and youths, Bulletin of suicidology, 1970 (sept) No. 6, S. 36-40
- Petri, H., Lauterbach, M., Gewalt gegen Kinder. Plädoyer zur Abschaffung der Prügelstrafe, Fischer, Frankfurt/M., 1975
- Petri, H., Soziale Schicht und kindliche Neurose, Habil. in Vorber. 1975
- Petri, H., Zum Problem des Selbstmordes in psychiatrischen Kliniken, Ztschr. f. Psychoth. med. Psych. 20, 1970, S. 10-19
- Pfistner, H.J., Entwicklungsbedingte Krisen der Person, Praxis d. Kinderpsychiat. Kinderpsych. 2, 1972, S. 33-41
- Phillip, E., Suizidalität und Straffälligkeit, Münchn. Med. Wochenschr. 44, 1969, S. 2256-2258
- Pöldinger, Die Abschätzung der Suizidalität, Huber, Bern, 1968
- Renschmidt, H., Dauner, I., Zur Ätiologie und Differentialdiagnose depressiver Zustandsbilder bei Kindern und Jugendlichen, in: H. Stutte (ed.) Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, Bern 1971

- Richter, H.E., Eltern, Kind, Neurose, Rowohlt, Hamburg, 1969
- Riemann, F., Grundformen der Angst, Reinhard, München, Basel, 7. Aufl. 1972
- Ringel, E., Spiel, W., Stepan, M., Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche, Praxis d. Kinderpsych. Kinderpsychiat. 7, 1955, S. 161-168
- Ringel, E., Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem, Wien, 1961
- Ringel, E., Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom, in: Ringel, E., (ed.) Selbstmordverhütung, Huber, Bern, 1969
- Rupp, W., Selbstmörder wollen nicht sterben, Ärztl. Praxis 20.1.73, S. 169
- Sadger, J., Ein Beitrag zu Problem des Selbstmords, Ztschr. f. psychoanalyt. Päd. III. Jg. 1928/29, S. 423-426
- Schäfer, J.-M., Aggression und Suizid, med. Diss., Kiel, 1970
- Schmidt, W., Die Entwicklung des Wistriebes eines Kindes, in: diess.: Psychoanalytische Erziehugn in Sowjetrußland, Psychoanalyt. Verl. Leipzig, 1924; hier nach: diess.: 3 Aufsätze, Berlin, 1969
- Schmidt-Mummendey, A., Schmidt, H.D., (eds.) Aggressives Verhalten, Juventa, München, 1971
- Seibel, D., Folgen des Leistungskonflikts, Das Argument 78 Berlin, 3, 1973
- Spiel, W., Psychodynamische Gedankengänge zur Reifungskrise der Pubertät, in: D. Langen, H. Stolze., Die Pubertät als kritisches Stadium, München, 1967, S. 37-46
- Spitz, R.A., Wolf, K.M., Die anaklitische Depression, in: G. Bittner, E. Schmidt-Cords, Erziehung in früher Kindheit, Piper, München, 1970, S. 104-135
- Shrut, A., Michels, T., Adolescent girls who attempt suicide - comments on treatment, Am. J. of Psychotherapie, 1969, 23(2) S. 243-251
- Stanley, E.J., Barter, J.M., Adolescent suicidal behavior, Am. J. of Orthopsychiat. 40(1) Jan. 1970, S. 87-96
- Stengel, E., Selbstmord und Selbstmordversuch, Fischer, Frankfurt/M. 1969
- Stork, J., Suizid tendenz und Suizidversuch. Statistische Analyse des suizidalen Feldes bei Schülern, Z. f. Klin. Psychol. Psychother. 20, 1972, Heft 2
- Thomas, K., Selbstmordgefährdung und Verhütung aus medizinisch-psychologischer Sicht, in: Gesundheitserziehung in der Schule IV, Berlin 1967
- Toolan, J.M., Deperession in children and adolescents, Am. J. of Orthopsychiat. 32, 1962(4), S. 404-415
- Toolan, J.M., Suicide in childhood and adolescence, in: H.L.P. Resnik, Diagnosis and management, Boston, 1968, S. 220-227

- Tramer, M., Zur Frage des Selbstmordversuches und Lebensüberdrusses im Kindesalter, Z.f.Kinderpsych.16,1950,S.109-121
- Tuckman, J., Connon, H.E., Attempted suicide in Adolescents, Am.J.of Psychiat. Vol.119,1962,S.228-232
- Venzlaff, U., Selbstmordverhütung und Gesundheitspolitik, Die Berliner Ärztekammer, Sept.1968,S.271-275
- Waage, G., Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen Praxis d.Kinderpsych.Kinderpsychiat.1,1966,S.1-12
- Weitbrecht, H.J., Selbstmordprophylaxe bei Jugendlichen, Jb.f. Präventivmed.10,1965,Sonderheft:Selbstmordprophylaxe,S.485
- Wiele, E.F., Über sozialpsychologische Fragen bei suizidalen Persönlichkeiten, Psych.Rundschau,1960,Heft 11
- Wiendieck, G., Zur appellativen Funktion des Suizidversuchs, wirtsch.u.soz.wiss.Diss., Köln 1972
- Wold, C.I., Characteristics of 26.000 Suicide Prevention Center Patients, Bulletin of Suicidology,1970(sept),No.6,S.24-28
- Wulff, E., Psychiatrie und Klassengesellschaft, Fischer, Frankfurt/M. 1972
- Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik III.Jg.1929 Sonderheft: Selbstmord
- Zumpe, L., Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen, Jb.f.Psychoth. Bd.9,1959,S.223-243
- Zwingmann, P., Selbstvernichtung, Akadem.Verl.Anstalt, Frankfurt/M. 1965

70	73	1	Q	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	1	1	3	6	7	1	3	5	7	1	3	5		
71	74	2	B	O	P	Q	R	S	Sch	St	T	U	V	W	X	Y	Z	C	2	4	6	8	2	4	6	8	2	4	6		
72	75	3	Erz	Ber	St.	C Wohnort												W	Ort	D	Alter	E	Initiative	F	Schule - B						
Aufn	Dat	(Jahr)	Aufn.-Nr	D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose													
A Aufnahme			Name	D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose													
V Vorjahr 1			Vorname	D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose													
V früheren J 2			geb am	D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose													
neu 0			Wohnort	D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose													
B Geschlecht			Straße	D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose													
V 1			D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose														
0			D Alter												E Initiative	F Schule - Beruf	Diagnose														
X G Soz. Herkunft d. Fam.			X H Wirtsch. Verh.			X K Berufstätigk. Mu.			X L Gebur			X M Familienverhältnisse			X N Geschwisterreihe			Diagnose													
Arbeiter 1			ausreichend 1			nicht tätig 1			unvollst. o. Vater 1			Einzelkind 1			Diagnose																
unt. mittl. Angst u. Beamter 2			schlecht 2			stundenw. tätig 2			unvollst. o. Mutter 2			1 Geschwister 2			Diagnose																
hoh. Angst u. Beamter 3			gut 0			ganztätig tätig 0			unvollst. i. Heim 2			2 Geschwister 3			Diagnose																
kl. u. mittl. Gewerbetreib. 4			Wohnverhältnisse			Gebur			Eltern getrennt 2			3 u. mehr Geschw. 4			Diagnose																
größere Gewerbetreibende 5			ausreichend 1			vorherl. gezeugt 1			vollst. m. i. Stiefelr. 2			O Aktuelle Belastung durch Elternhaus			Diagnose																
freie akad. Berufe 6			schlecht 2			un- außerehel. 2			vollst. Erb.-Fam. 0			gering 1			Diagnose																
Rentner 7			gut 0			ehelich 0			vollst. leibl. Elt. 0			schwer 2			Diagnose																
Sonstige 8			Wohnverhältnisse			Gebur			vollst. leibl. Elt. 0			sehr schwer 0			Diagnose																
P Vorgeschl. Maßn.			Q Durchgef. Maßn.			Ergebnis der Maßnahmen innerhalb EB												Diagnose													
Beratg. mehrm. einzeln 1			Beratg. mehrm. i. Gruppe 2			R Symptomatik				S Fehlentwicklung				T Atmosph. i. Elternh.				Diagnose													
Beratg. mehrm. i. Gruppe 2			Beratg. mehrm. i. Gruppe 2			i. wesentl. abgkl. 1				i. wesentl. korrigiert 1				wesentl. gebessert 1				Diagnose													
Behandlung einzeln 3			Behandlung einzeln 3			merklich gemindert 2				zum Teil korrigiert 2				zum Teil gebessert 2				Diagnose													
Behandlung i. Gruppe 4			Behandlung i. Gruppe 4			wenig gebessert 3				wenig korrigiert 3				wenig gebessert 3				Diagnose													
Beh. s. auß. Gr. unmögl. 5			unvollst. Unters. 5			unverändert 4				unverändert 4				unverändert 4				Diagnose													
Beh. v. Elt. abgkl. 6			1-2-malige Beratung 6			verschlechtert 2/4				verschlechtert 2/4				verschlechtert 2/4				Diagnose													
and. Maßn. innerh. EB 7			and. Maßn. innerh. EB 7			U Res. 1				V Res. 2				W Res. 3				Diagnose													
a) 1			a) Gutachten			1				1				1				Diagnose													
b) 2			b) 2			2				2				2				Diagnose													
c) 3			c) 3			3				3				3				Diagnose													
and. Maßn. auß. EB 8			and. Maßn. auß. EB 8			4				4				4				Diagnose													
a) 1			a) 1			5				5				5				Diagnose													
b) 2			b) 2			6				6				6				Diagnose													
c) 3			c) 3			7				7				7				Diagnose													
Beh. v. Elt. beend. 10			Beh. v. Elt. beend. 10			8				8				8				Diagnose													
Ergebnis			Durchgef. Maßn.			Vorgeschl. Maßn.				Durchgef. Maßn.				Vorgeschl. Maßn.				Durchgef. Maßn.				Diagnose									
1			1			1				1				1				1				Diagnose									
2			2			2				2				2				2				Diagnose									
3			3			3				3				3				3				Diagnose									
4			4			4				4				4				4				Diagnose									
5			5			5				5				5				5				Diagnose									
6			6			6				6				6				6				Diagnose									
7			7			7				7				7				7				Diagnose									
8			8			8				8				8				8				Diagnose									
9			9			9				9				9				9				Diagnose									
10			10			10				10				10				10				Diagnose									
11			11			11				11				11				11				Diagnose									
12			12			12				12				12				12				Diagnose									
13			13			13				13				13				13				Diagnose									
14			14			14				14				14				14				Diagnose									
15			15			15				15				15				15				Diagnose									
16			16			16				16				16				16				Diagnose									
17			17			17				17				17				17				Diagnose									
18			18			18				18				18				18				Diagnose									
19			19			19				19				19				19				Diagnose									
20			20			20				20				20				20				Diagnose									
21			21			21				21				21				21				Diagnose									
22			22			22				22				22				22				Diagnose									

A Sympt.: Körperlich		B Sympt.: Psychisch		C Sympt.: Verhalten		D Sympt.: Leistung	
Kopfschmerzen	24	Kopfdruck (Migräne)	24	Angstlich	48	Leistungswert	64
Magenbeschw.	11	Atemstörungen	25	ängstlich-ratlos, wehleidig, weinerlich	49	Leistungsverh.	65
Übelk., Erbr., Völlegefü., Aufst., Sodb.		beschl., unregelm., Atemnot, Kurzatmigkeit		ängstlich, gedrückt	50	Leistungswert	66
Magenschm., Magendr. (Ulcus Gastritica)		Animal. Baschw.	25	Kontaktsstörungen	51	Leistungswert	67
LSbst.	12	(Asthma bronchiale)		schüchtern, veranxious, distanzlos	52	Leistungswert	68
Gier, Unlust, Verweig., Mäkeligk., einseit.		Sexualfunkt.-St.	26	Kontaktsch. aggressiv, zärtl., beleidigend	53	Leistungswert	69
Appetit, Luftschlucken, gr. Trinkbedürfnis		Potenzstörungen, Frigidität		knarrend (Clownerie)	54	Leistungswert	70
(Mageraucht, Fettsucht)		Genitalfunkt.-St.		einzelgängerisch, misanthropisch	55	Leistungswert	71
Darmfunkt. St.	13	Flur, Menstr. Stör., Entw.-Stör.	27	Ausweichend	56	Leistungswert	72
Pläth., Obstip., Durchf. (Colitis, Ulcus)		Hautaffekt	27	bequem, langsam, Initiatives, trödelig	57	Leistungswert	73
Bauchbeschw.	14	Jucken, Krabbeln, allergische Reaktionen		wehlos, verspielt, bummelig, verdrümt	58	Leistungswert	74
Leibschmerzen, Seitenstechen (Häbelkrankh.)		Allg. Handlungsabl. u. Störtyp	28	(Tagträume), passiv	59	Leistungswert	75
Enkopresis	15	Haaraus- drehen	29	Eingeengt	60	Leistungswert	76
Blasenfunkt. St.	16	Zähneknirschen	30	pedant, geizig, überm. saub., ordentl. spars.	61	Leistungswert	77
Mahntrng., Harmerhalten		Exzess Masturb.	31		62	Leistungswert	78
Enuresis noct.	17	Jactatio Schaukeln	32		63	Leistungswert	79
nocturna, diurna Inkontinenz	18	Lutschen	33		64	Leistungswert	80
Mot. Funkt.-St.	19	am Finger, Fuß, anderen Gegenständen			65	Leistungswert	81
Tic, Tremor, Schreibkrampf, Verlegenheit, Mot.		Lippenlecken, Lippenbeißen	34		66	Leistungswert	82
Knochr. Stör., Gangstör., Lahmungen		Nagelknabbern	35		67	Leistungswert	83
(Chorea, Ataxie, Abszess)		Nagelreißen, Hautreißen, Hautbeißen			68	Leistungswert	84
Anfallsgebrechen	hyst.	Schlafstör.	36		69	Leistungswert	85
Krämpfanfälle (Epilepsie, Tetanie)		Ein- Durchschlafstörungen,			70	Leistungswert	86
Haltungsfehler		unruhiger Schlaf, übergr. Schlafbedürfnis	37		71	Leistungswert	87
Schreibheft		Sinnesstör.			72	Leistungswert	88
Linienheftigkeit		Schm., Hören			73	Leistungswert	89
Ständigkeit		Allg. körp. Behind.			74	Leistungswert	90
Sprachstör.	20	Häufige Krankheitsanlege			75	Leistungswert	91
Stimmen, Stimmeln, Lippen, Art. Stör.					76	Leistungswert	92
Stottern	21				77	Leistungswert	93
Herzbeschw.	22				78	Leistungswert	94
Druck, Stiche, Beklemmen, Klopfen, Stippen					79	Leistungswert	95
(Herzfehler, Angina pectoris)					80	Leistungswert	96
Vasomotor. Stör.	23				81	Leistungswert	97
Durchblut. Stör., Ernt. Frühake, Schwinden					82	Leistungswert	98
Ohnmachten	24				83	Leistungswert	99
Schweißausw., Schwindel, Ermüdbarkeit					84	Leistungswert	100

Matthias Lauterbach

Lebenslauf

Ich wurde am 15.5.1949 als Sohn des praktischen Arztes Dr. Werner Lauterbach und seiner Frau Brigitta Lauterbach in Berlin geboren.

1968 bestand ich das Abitur, seit dem Sommersemester 1968 studierte ich Medizin. 1970 bestand ich das Physikum, im Februar 1974 das Staatsexamen. Seit April 1974 nehme ich an einer Ausbildung in "klientenzentrierter Gesprächs-psychotherapie" teil. Meine Medizinalassistentenzeit in der Chirurgie und der Inneren Medizin habe ich am Klinikum Westend der Freien Universität, Berlin absolviert.

Veröffentlichung: Horst Petri, Matthias Lauterbach, Gewalt in der Erziehung, Fischer 1975.

Matthias Lauterbach

Offsetdruck Böttger
Dissertationen & Reprints
Friedrich-Ebert-Straße 29
3000 Hannover 91
Tel. (0511) 41 20 20